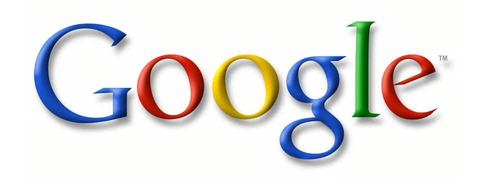
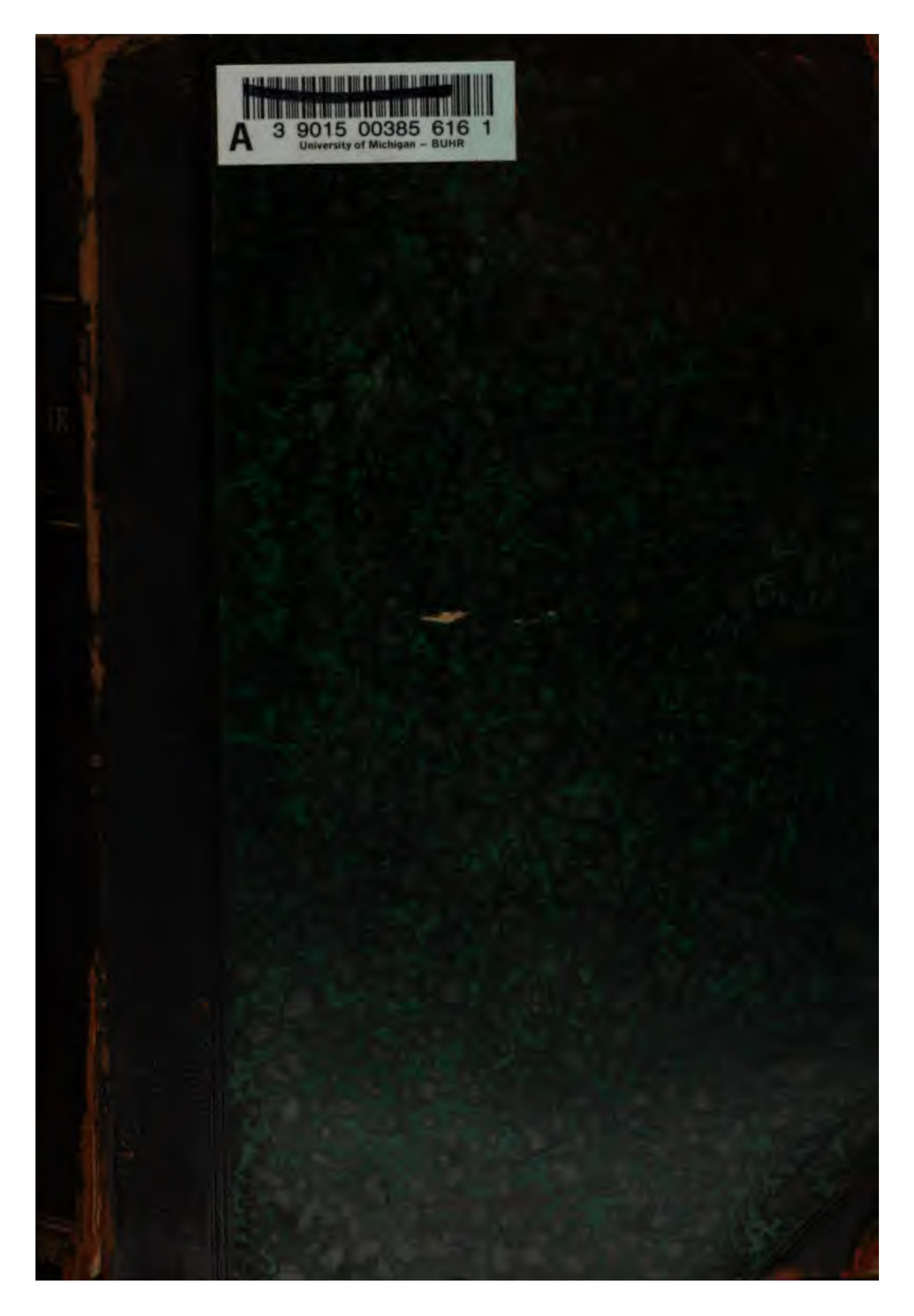
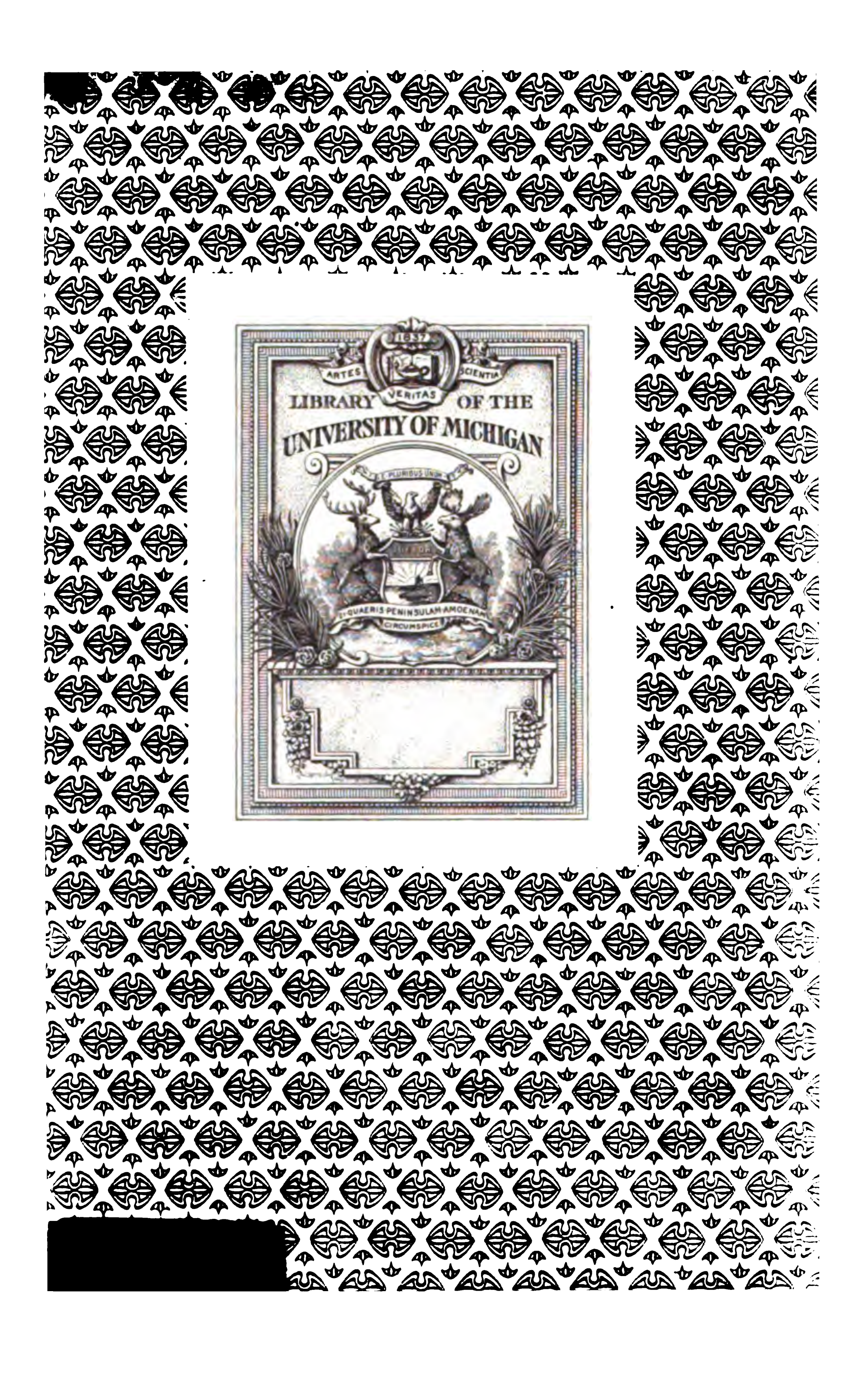
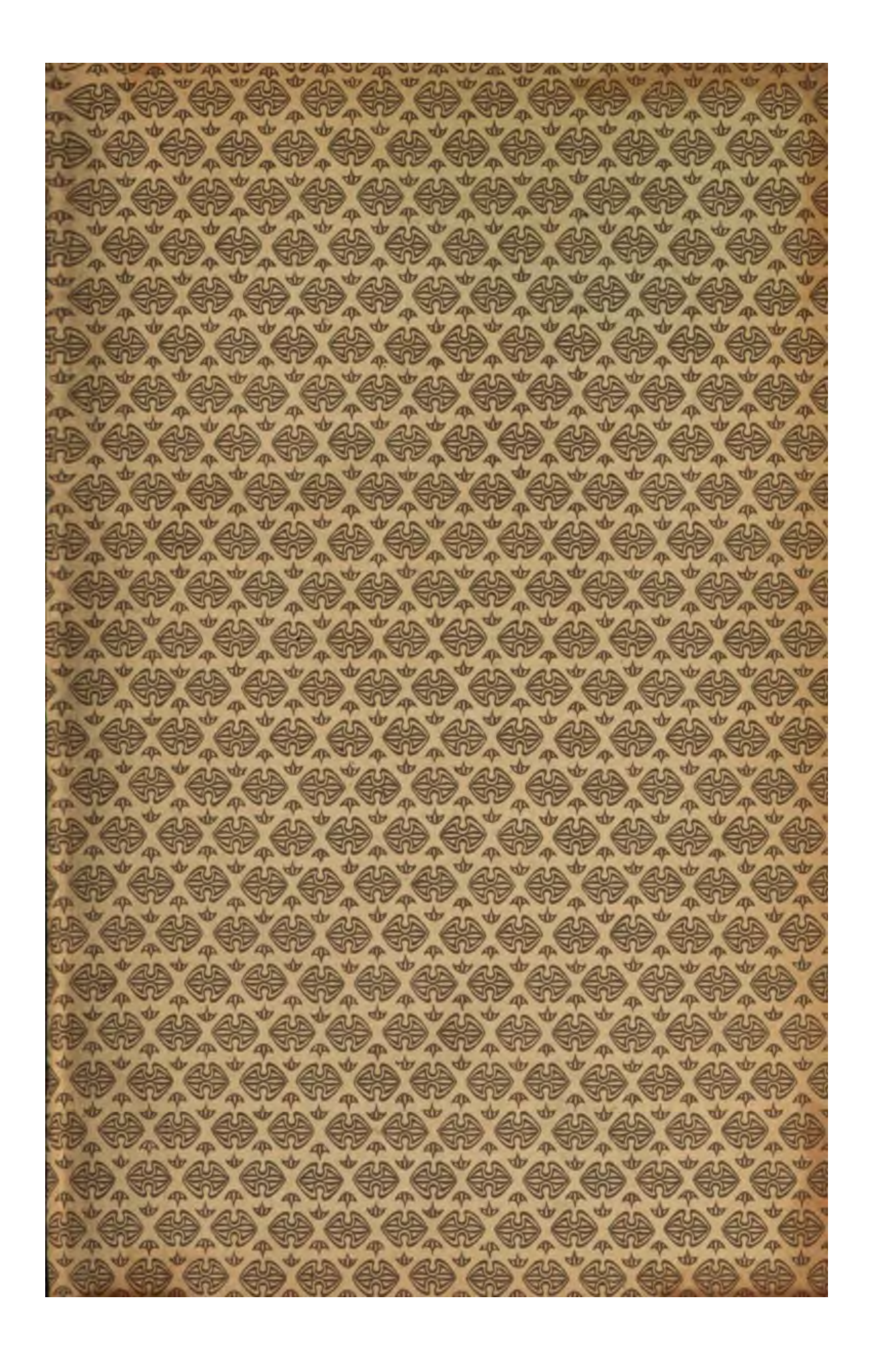

Google


A 3 9015 00385 616 1
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XXXIII

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les Annales de Gynécologie paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18	francs.
Pour les départements	20	—
Pour l'Europe	22	—
Pour les États-Unis d'Amérique	23	—
Pour les autres parties du monde	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr Hartmann, 80, rue Miromesnil, pour la partie gynécologique; à M. le Dr Varnier, 6, rue Herschel, pour la partie obstétricale ou à M. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, PINARD, LEBLOND

Rédacteurs en chef.

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XXXIII

Contenant des travaux de MM.

BÉTRIX, BOYER, BUMM, DELBET, HARTMANN,
HARTMANN et GUNDELACH, MOURATOFF, PHOCAS, PICQUÉ, POTHERAT,
POTOCKI, POUPINEL, POZZI. DE LOSTALOT et BAUDRON,
RIBEMONT-DESSAIGNES, ROUTIER, SAENGER, SCHWARTZ, SLAVIANSKY.
TRÉLAT, WALLICH.

1890
(1er SEMESTRE)

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1890

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ÉTIOLOGIE DE LA PÉRITONITE SEPTIQUE

Par le Dr **E. Bumm**, *Privat docent* à Wurzbourg.

Par opposition à la péritonite *non infectieuse* ou *simple*, qui se développe à la suite d'irritation chimique et mécanique, et aboutit, d'une manière générale, à la formation d'exsudats fibrineux et à la production d'adhérences entre les feuillets péritonéaux, on décrit sous le nom de péritonite *septique* les variétés d'inflammations péritonéales, dans lesquelles certains micro-organismes *septiques* jouent un rôle.

Cette dénomination *péritonite septique* est d'un usage si courant, qu'on pourrait croire qu'il s'agit là d'une maladie actuellement bien connue. Or, si l'on y regarde de plus près, on s'aperçoit qu'en réalité nous ne savons, quant à l'apparition de la péritonite septique, que fort peu de choses de précis. Aussi, nos conceptions touchant la nature de l'affection, sont-elles très vagues. L'ignorance où nous sommes n'est pas seulement regrettable au point de vue théorique, elle l'est aussi au point de vue pratique. Car, il est rationnel d'admettre qu'on sera à même de prévenir d'autant plus

facilement la péritonite *septique*, qu'on en connaîtra mieux les conditions étiologiques.

En tous cas, une phlegmasie péritonéale *septique* n'est pas identique à une autre. Il convient de les séparer, et il est même préférable de distinguer certaines formes qui se différencient les unes des autres aussi bien par leurs caractères bactériologiques que par leurs caractères anatomiques et cliniques.

Quand une femme est infectée au cours de l'accouchement et que, parti du conduit génital, un processus infectieux se propage au péritoine, il survient une « péritonite septique » qui, presque constamment, a une issue fatale. Le facteur de cette phlegmasie est, dans ces cas, un micro-organisme, bien connu, le *streptococcus des plaies*. Les observations confirmatives de cette donnée datent déjà de plusieurs années, et toutes les recherches nouvelles sont venues la sanctionner.

Les germes pathogènes peuvent, de leur foyer d'origine, c'est-à-dire du conduit muqueux du canal génital, arriver au péritoine par deux voies différentes : à travers les trompes, ou par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques, après avoir traversé la paroi utérine, y compris l'enveloppe séreuse de l'organe.

Quand il s'agit d'une de ces *péritonites à streptocoques*, l'état anatomique diffère un peu suivant que le processus affecte une allure aiguë ou une subaiguë.

Dans les cas où la mort survient promptement, après quelques jours, on trouve dans le péritoine un liquide coulant, floconneux, jaune clair. Frais, c'est-à-dire, recueilli immédiatement après la mort au moyen de l'aspiration, il est dépourvu d'odeur, et l'examen microscopique y décèle la présence de flocons de fibrine, de cellules endothéliales, de globules de pus, ainsi que celle de *cocci* en chaînettes. Le péritoine n'offre, en comparaison de la gravité de l'affection, que des altérations remarquablement légères. Sans doute l'intestin est fort distendu, mais son revêtement séreux est blanc et uni comme le reste du péritoine; çà et là seulement,

il est recouvert de couennes fibrineuses, ayant un aspect gélatineux. Quant aux *cocci* en chaînettes, on les rencontre, indépendamment de l'exsudat péritonéal, dans le conduit génital, dans le sang et dans la plupart des organes internes.

L'exsudat que, dans ces cas acquis, on trouve dans le péritoine, est doué d'une virulence extraordinairement accusée. Il suffit de la plus petite quantité, d'une parcelle de goutte, injectée dans le péritoine d'un lapin, pour y déterminer une péritonite septique généralisée avec exsudat séro-sanguinolent, et pour amener la mort au bout de 24 heures.

Lorsque, dans les cas de péritonite à streptocoques, le processus évolue d'une manière plus lente, qu'il laisse aux tissus le temps de réagir, les conditions anatomiques sont un peu différentes. L'exsudat, plus riche en globules blancs, a l'aspect du pus, l'enveloppe séreuse des organes viscéraux paraît trouble, fortement hyperhémiée, en certains points comme granuleuse et recouverte de couennes fibrineuses épaisses. Il faut alors injecter une grande quantité de cet exsudat dans le péritoine, pour tuer les animaux. Souvent, 3 ou 4 gouttes sont insuffisantes, et il faut aller jusqu'au contenu d'une seringue de Pravaz, pour produire une péritonite septique généralisée. Il semble que la virulence des germes, qui confèrent à l'exsudat ses propriétés infectieuses, s'atténuent d'autant plus, que les germes restent plus longtemps exposés à l'action des cellules vivantes et des humeurs des tissus.

Mais, tandis que les résultats des inoculations faites avec le pus septique sont très nets et constants, ils deviennent incertains lorsqu'on emploie des cultures pures de *streptococcus*. Ainsi, bien que dans les secondes, la proportion des micro-organismes inoculés soit beaucoup plus considérable que lorsqu'on se sert du pus lui-même, il est certain que l'action morbigène est de beaucoup plus faible. Or, à l'heure actuelle, il n'y a plus lieu de douter que l'on doive rapporter ces différences d'action à une atténuation dans le degré

de virulence, atténuation que subissent les streptocoques par le fait des méthodes de culture habituellement employées.

Une seconde variété d'inflammation péritonéale septique est la *péritonite chirurgicale*.

Assurément, la péritonite à streptocoques, dont nous venons de nous occuper, peut se développer à la suite de laparotomies, lorsque cet organisme, à l'état de virulence, est transporté soit par les mains, soit par les instruments, dans la cavité abdominale, ou lorsqu'il y arrive par l'intermédiaire de l'air ambiant. Mais, en raison des précautions minutieuses dont on entoure partout, à l'heure actuelle, les laparotomies, ces sortes d'infections constituent de véritables raretés. D'une manière générale, dans la péritonite septique qui survient après la laparotomie, il s'agit de quelque chose essentiellement différent. Trois séries de recherches que nous avons pu faire, dans trois cas de péritonite chirurgicale, septique, bien caractérisée, nous ont donné les résultats suivants :

L'exsudat péritonéal, à teinte hématique, mal coloré et (même immédiatement après la mort) déjà fétide, ne contient pas *un* micro-organisme spécifique, mais un *mélange* de germes. On y découvre, à l'aide du microscope, des bacilles de longueur et d'épaisseur différentes aussi bien que des *cocci* de grosseurs diverses. Dans un cas, il y avait des *cocci* en chaînettes.

Vient-on à insérer de la sécrétion péritonéale sur de la gélatine, le milieu de nutrition se liquéfie, et, concurremment avec les signes d'une décomposition putride, on voit se dévevelopper diverses formes de bactéries. D'autre part, la méthode des cultures sur plaques permet d'opérer le triage de ces micro-organismes. Si, alors, on injecte des cultures pures, dans la cavité péritonéale de lapins, on ne provoque aucune sorte de réaction. Les animaux en expérimentation restent bien portants, et, après peu de temps, les germes disparaissent du péritoine. Bien plus, la sécrétion péritonéale, fétide, injectée en *petites* quantités dans le péritoine des

animaux est parfaitement tolérée; les animaux ne meurent que si l'on a injecté des quantités par trop grandes. Ainsi, les expériences faites directement avec les produits d'exsudation et les micro-organismes de la septicémie péritonéale humaine, confirment les résultats qu'avaient déjà obtenus Wegner, Grawitz, Pawlowsky et Reichel, dans leurs recherches expérimentales sur les animaux avec des produits de décomposition, tels que le contenu de l'intestin avec ses bactéries.

De tout cela, il ressort qu'on n'est pas autorisé à faire de la péritonite septique consécutive à des traumatismes chirurgicaux une maladie infectieuse au même titre que lorsqu'il s'agit de la péritonite à streptocoques. Celle-ci peut être déterminée par une quantité minime du germe virulent; elle est au plus haut degré contagieuse, et une goutte du pus dont elle provoque la formation, injectée dans la cavité abdominale, *normale*, y reproduit la maladie ! Au contraire, les organismes qui se rencontrent dans la péritonite chirurgicale, et qui, dans son étiologie, jouent un certain rôle, sont inoffensifs pour le péritoine sain ; et même, la sécrétion purulente fétide, conséquence de l'affection, est tolérée à certaines doses et ne devient pas le point de départ d'une phlegmasie générale. En somme, l'inflammation péritonéale *post opératoire* n'est pas contagieuse, et la dénomination de péritonite *putride* est celle qui convient le plus.

Mais, comment s'installe cette variété de péritonite ? Les recherches bactériologiques ont conduit aux mêmes opinions que déjà, se fondant sur les analyses des faits cliniques, Kaltenbach et Schroder, et récemment Fristch (1), celui-ci d'une manière très remarquable, avaient exposées : pour toute laparotomie, même lorsqu'on s'entoure des précautions les plus minutieuses, des germes arrivent sur le péritoine. Être aseptique en opérant n'est pas pour longtemps encore, synonyme d'opérer en l'absence absolue de tous

(1) *Samml. klinisch. Vortrag.*, 1889, n° 339.

germes. Habituellement, ces germes tombés dans la cavité péritonéale sont détruits avant qu'ils n'aient eu le temps de se multiplier et de produire des décompositions. Mais, en raison d'une antisepsie insuffisante ou de la trop longue durée de l'opération, le nombre de ces germes augmente-t-il, la séreuse subit-elle sur une large étendue une excitation mécanique et chimique et son activité fonctionnelle est-elle atteinte, la cavité abdominale communique-t-elle avec des cavités opératoires, dans lesquelles stagnent du sang et des liquides sécrétés par des plaies, alors, il y a danger imminent que les germes, inoffensifs par eux-mêmes, trouvent un milieu de culture favorable, pullulent et qu'ils provoquent une décomposition des liquides sécrétés dans la cavité abdominale. Le processus une fois installé, les choses vont de mal en pis. Les organismes se multiplient, en effet, en nombre considérable, le contenu, d'abord séro-sanguin, se transforme en une sanie fétide, que les mouvements péristaltiques de l'intestin diffusent dans tous les points de la cavité abdominale. A cause de la puissance de résorption considérable du péritoine, la proportion du virus putride qui passe dans le sang est si forte, que les malades succombent à l'*intoxication putride.*

Les différences essentielles, qui, sous le rapport étiologique, distinguent la péritonite à streptocoques de la péritonite putride, se traduisent par certains traits dans la physionomie anatomo-clinique des deux affections. Là on trouve du pus dans le péritoine, ici de la sanie. Là, la maladie débute habituellement avec brusquerie, il y a du frisson et des températures élévées ; ici, la température s'élève plus lentement, et d'une manière parallèle au progrès de la décomposition.

A-t-on, avec ces deux variétés principales, épuisé la série des péritonites septiques, cela est douteux. Il se peut, il est même fort probable qu'il se rencontre des formes mixtes de péritonites putrides et de péritonites à streptocoques. Ce point, comme aussi celui de savoir si, dans la péritonite

putride, il s'agit toujours des mêmes organismes, ou s'ils varient suivant le temps, le lieu, et des circonstances fortuites, si, durant la vie, ils passent déjà en quantite considérable dans le sang, quels poisons ils fabriquent, etc., ce sont autant de problèmes dont la solution réclame de nouvelles recherches.

En résumé, d'après les notions étiologiques fixées dans ce qui précède, l'inflammation du péritoine se présente sous les formes suivantes.

1. — Péritonite aseptique (simple, de bonne nature). Cette variété est provoquée, *en dehors d'une participation active de bactéries*, par irritation mécanique, chimique et thermique. Elle est caractérisée par sa tendance aux exsudations fibrineuses et aux adhérences entre les feuillets séreux; en général, elle reste circonscrite, bien qu'elle soit susceptible de généralisation, quand l'irritation intéresse tout le péritoine.

2. — Péritonite septique :

a) P. à *streptococcus*. — Celle-ci est habituellement déterminée par l'infection puerpérale. Mais elle peut aussi dépendre de l'ouverture de foyers septiques dans le péritoine, d'infections survenues durant les opérations, etc.

b) P. *putride*. — Elle survient après des laparotomies et consécutivement à la perforation d'organes creux de l'abdomen.

3. — Inflammation spécifique du péritoine :

Dans cette catégorie, la péritonite *tuberculeuse* doit figurer au premier rang. Existe-t-il une péritonite *gonorrhéique ?* La chose est douteuse, les microbes de la gonorrhée ne possèdant d'action pathogène que sur les membranes muqueuses et mourant dans les cavités séreuses. Le pus gonorrhéique qui, de kystes tubaires rompus, fait irruption dans la cavité péritonéale, n'y agit, habituellement, qu'à la manière d'un corps étranger aseptique. Il s'y enkyste. Les choses se passent un peu différemment quand le pus tubaire, à l'origine purement gonorrhéique, contient, grâce à une infection mixte, des germes pyogènes. Dans ce cas, l'irruption du pus peut être l'origine d'une péritonite septique.

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Par **A. Routier**, chirurgien des hôpitaux de Paris (1).

La pathogénie de l'hématocèle rétro-utérine a de tout temps exercé la sagacité des auteurs ; chacun l'a expliquée d'une façon différente. Comme ces nombreuses théories sont pour la plupart le résultat d'autopsies pratiquées sur des malades atteintes depuis longtemps déjà, il semblait que l'intervention chirurgicale employée de nos jours plus près du début de la maladie, dût jeter une véritable lumière dans cette confusion, et permettre de découvrir la véritable cause de ces hémorrhagies.

Pour ma part, j'avais cru par ce moyen arriver à un résultat, aussi, ayant eu six fois à traiter des hématocèles par une opération, chaque fois, je m'étais efforcé de rechercher avec soin tout ce qui pourrait éclairer son obscure pathogénie.

Je dois avouer que jusqu'ici mes efforts sont restés stériles ; j'ai dû me contenter de confirmer ce qu'on savait déjà, c'est-à-dire, que tantôt l'épanchement de sang se fait dans le péritoine, tantôt en dehors de lui, que dans le premier cas, il s'entoure rapidement d'une néo-membrane isolante, que cependant, dans certains cas de suppuration rapide cette néo-membrane est si mince qu'elle paraît manquer, qu'enfin cette maladie est toujours liée à une perturbation des règles.

Mais si la pathogénie n'a pas avancé, la thérapeutique au contraire a fait de grands progrès qu'il me semble utile de faire connaître et de vulgariser.

Il n'y a pas longtemps, en effet, le traitement de l'hématocèle, comme celui de tous les épanchements de sang, était purement médical et surtout expectatif. L'ouverture d'une

(1) Leçon clinique faite à l'hôpital Laënnec.

collection sanguine était tellement dangereuse que l'abstention était un des axiomes de la chirurgie.

Les épanchements de sang du petit bassin, à plus forte raison, étaient considérés comme des *noli me tangere*, et on attendait patiemment leur résolution; que si celle-ci ne se produisait pas, s'il survenait au contraire de la fièvre, des frissons, de l'amaigrissement, en un mot, tous les signes de la suppuration, on attendait que l'abcès pointât sous la peau pour l'ouvrir, et on se déclarait satisfait quand cet abcès se vidait spontanément dans le vagin, l'intestin ou la vessie.

On avait, il est vrai, de cette façon, quelques rares guérisons, mais à quel prix, et de souffrance et de temps; ajoutons enfin que chez beaucoup de femmes, cette terminaison était le début d'une infirmité qui conduisait plus ou moins vite à la mort.

Les choses ont bien changé, et les chirurgiens attaquent aujourd'hui l'hématocèle avec succès.

L'année dernière déjà, j'ai eu l'occasion de publier en juin 1888, dans la *Semaine médicale*, une leçon sur ce sujet à propos de 3 cas d'hématocèle que j'avais eus à traiter.

De ces trois femmes :

L'une avait une hématocèle intra-péritonéale remplie de caillots sanguins, l'autre une hématocèle rétro-utérine suppurée; et la troisième des accidents de suppuration pelvienne consécutifs à la puerpéralité simulant à s'y méprendre l'hématocèle rétro-utérine transformée en abcès.

Dans ces trois cas, ma thérapeutique avait été la même, j'avais pratiqué une laparotomie médiane, l'ouverture et le lavage de la poche suivis de sa suture en bourse aux parois de l'abdomen.

Laissez-moi vous dire tout de suite que celle de nos malades dont j'avais blessé la vessie est depuis parfaitement guérie, et que des deux autres, celle qui avait l'hématocèle intra-péritonéale a mené depuis une grossesse à terme.

J'ai observé dans le cours de cette année quatre nouveaux cas d'hématocèle rétro-utérine, qui précisément ont présenté

des indications différentes de telle sorte que je les ai traitées autrement, c'est ce qui m'engage à vous les faire connaître.

Tout d'abord, dans un cas, je n'ai absolument rien fait, au moins comme chirurgie armée, les purgatifs, le repos au lit, les injections vaginales chaudes ont suffi pour amener assez vite la résorption d'une tuméfaction du volume du poing.

Dans ce cas, il est vrai, j'avais vu l'hématocèle quelques jours après son début, et comme il n'y avait aucun symptôme pressant, qu'il n'y avait pas de fièvre, pas de menace de suppuration, que d'autre part, après quelques jours d'observation, la tumeur me parut diminuer, j'attendis prudemment et la guérison a été parfaite, il y a eu résorption presque totale du sang épanché.

Dans les trois autres cas, j'ai employé l'incision vaginale, mais avant de vous dire pourquoi, il est bon que je vous fasse d'abord connaître l'histoire de ces malades.

Obs. I. — J. V., âgée de 36 ans, entre le 6 juillet 1889. Depuis le mois de mai, elle a des pertes de sang presque continues avec de vives douleurs dans le ventre, et des difficultés énormes du côté de la miction et de la défécation.

Cette femme assez amaigrie et très pâle nous dit qu'elle a toujours été bien portante avant cet accident, elle a eu trois grossesses venues à terme en 1875, 1879 et 1884, n'a jamais fait de fausse couche et a toujours été bien réglée.

Les pertes de sang ont commencé sans raison appréciable.

L'abdomen est augmenté de volume, sa simple inspection permet de deviner une tumeur.

Par la palpation il est facile de reconnaître l'existence d'une tuméfaction remplissant le petit bassin et remontant tout près de l'ombilic : cette tuméfaction se compose de deux parties, l'une dure, tangente au pubis, débordant surtout à droite le long de l'arcade, l'autre mollasse, arrondie, en arrière de la première, et formant les 5/6 de la masse totale.

Au toucher, le col utérin aplati derrière le pubis, dévié à droite, se continue manifestement avec la masse dure sentie par la palpation, c'est donc l'utérus, normal, sans changement de volume.

En arrière de ce col, une grosse tuméfaction mollasse fait dans le vagin une saillie convexe à la place du cul-de-sac postérieur.

Le toucher rectal permet d'apprécier la grande étendue de cette tuméfaction qui déborde dans tous les sens.

Je portai le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine.

Dans ce cas, bien que la maladie fût la même que celle de la femme dont j'ai cité plus haut l'observation, les indications étaient différentes ; les accidents duraient depuis 3 mois, l'état général se gâtait, les troubles de la miction et de la défécation augmentaient, tout nous prouvait qu'il fallait agir.

Le 25 juillet, après avoir pris soin de bien laver le vagin, je fis sur cette tuméfaction rétro-utérine une incision antéro-postérieure de 2 larges travers de doigt, il s'écoula aussitôt une assez grande quantité de sang noirâtre, semblable à du raisiné, et je pus avec les doigts retirer de cette poche un plein bassin de caillots pendant qu'au moyen d'une canule en verre, je faisais une irrigation continue avec la solution chaude de naphtol.

Quand la poche me parut complètement propre et débarassée de ces caillots, je plaçai 3 gros drains retenus en place par un point de suture à la lèvre de mon incision, et le vagin fut tamponné avec l'ouate iodoformée.

Je vous prie de remarquer qu'en manœuvrant avec les doigts dans cette poche j'ai partout trouvé une paroi plus ou moins tomenteuse, plus ou moins régulière, mais je n'ai nulle part senti ni anses intestinales, ni annexes de l'utérus.

Les suites furent des plus simples ; huit ou dix jours après, il y eut une perte de sang par l'orifice utérin qui s'arrêta sous l'influence des injections vaginales chaudes.

Le 17 août la malade sortait complètement guérie.

Notre second cas est plus intéressant encore.

Obs. II. — T. M., âgée de 21 ans, entre le 26 août 1889, pour des douleurs dans le ventre ; elle a une vaginite purulente intense, l'utérus gros, lourd, en antéversion, les annexes sont douloureuses des 2 côtés ; l'ovaire droit paraît prolabé derrière l'utérus ; elle n'a jamais eu de grossesse ; ses règles ont augmenté de durée depuis 2 ans et sont douloureuses.

Nous ne nous occupons que de la vaginite que nous traitons par les lavages au sublimé et le tampon d'ouate iodoformée.

A plusieurs reprises elle a des crises d'hystérie; régime tonique, douches froides.

Le 28 septembre, les règles venues hier s'arrêtent brusquement, elle accuse en même temps de vives douleurs abdominales, et vomit.

Le 29. Ventre ballonné, vomissements porracés, 39°.

4 octobre. Les douleurs sont plus vives, il y a entre la température du matin et celle du soir des écarts de 3 degrés : 36°,8, 39°,7; la palpation jusque-là impossible me permet de sentir une grosse tumeur fluctuante ; au toucher, énorme tuméfaction rétro-utérine surtout à droite, très fluctuante.

C'est évidemment une hématocèle rétro-utérine rapidement passée à la suppuration.

Anesthésie, lavage vaginal, évacuation de l'urine ce qui me permet de constater que la vessie aplatie sur la ligne médiane s'est développée en croissant sur les parties latérales de la tumeur. Incision antéro-postérieure du cul-de-sac postérieur, issue de 1 litre 1/2 de pus environ ; mon doigt introduit dans la poche, pour guider une canule en verre destinée à faire le lavage, reconnaît à mon grand étonnement des anses intestinales, des franges épiploïques, la face postérieure de l'utérus, l'ovaire et la trompe gauche libres que j'amène jusqu'au niveau de l'incision et que je replace dans leur situation normale après avoir constaté de visu leur intégrité ; l'ovaire et la trompe droits, indurés, sont fixés, un peu en arrière, de façon à former un angle avec la face postérieure de l'utérus ; les adhérences qui maintiennent ces annexes sont telles que je ne puis les faire descendre.

J'étais en somme dans la cavité péritonéale libre, sans adhérences protectrices et isolatrices, je n'osai faire un lavage ainsi, à l'aveugle, je me contentai de mettre dans l'incision vaginale une grosse mèche de gaze salolée.

Les suites furent si simples que la malade se croyait guérie dès le lendemain, elle s'asseyait sur son lit et se remuait beaucoup trop malgré nos recommandations. Mal lui en prit, elle eut 40° le soir ; mais avec quelques lavages vaginaux, tout danger fut conjuré.

Le 23. Elle sortait complètement guérie, l'utérus mobile, le col un peu gros, les annexes ne formant tumeur d'aucun côté, l'ovaire et la trompe droite eux-mêmes n'étaient pas douloureux à la pression.

Obs. III. — B. M., âgée de 42 ans, entre le 13 octobre 1889 pour des douleurs abdominales : Il y a 3 jours, ses règles étaient près de finir, quand elle a eu subitement une vive douleur dans le ventre suivie de vomissements.

A son entrée, pouls petit, misérable, faciès abdominal, 39°,6, elle vomit presque continuellement des matières verdâtres.

Le ventre est ballonné, on sent assez difficilement une tuméfaction sus-pubienne, remontant tout près de l'ombilic ; la fluctuation est au moins douteuse.

Au toucher, le col est aplati derrière le pubis et très haut, le cul-de-sac postérieur est remplacé par une grosse tuméfaction qui remplit tout le petit bassin et qui ne me paraît pas nettement fluctuante.

Purgatif, lavages vaginaux, glace sur le ventre.

Le 19. La fluctuation me paraît manifeste au toucher vaginal ; anesthésie, ouverture du cul-de-sac postérieur, issue de 1 litre 3/4 de pus infect avec lambeaux concrétés ; mon doigt introduit dans la plaie reconnaît les anses intestinales et les annexes des 2 côtés comme au travers d'une très mince fausse membrane.

Lavage abondant de la cavité à l'eau naptholée chaude. Grosse mèche de salol. Tampon vaginal d'ouate iodoformée.

La fièvre tombait le jour même, la malade se sentant très soulagée. Le 26, trouvant que la mèche ne drainait pas suffisamment, je la remplaçai par 2 tubes qui furent enlevés après 7 jours.

Le 12 novembre, la malade était complètement guérie et se levait déjà depuis plusieurs jours.

Quand elle est sortie, l'utérus était mobile et toute douleur avait disparu.

Dans ces trois cas, j'aurais pu évidemment me comporter comme je l'avais fait l'an dernier, et je crois bien que j'aurais guéri mes malades par la laparotomie, l'ouverture de la poche, son lavage et sa suture aux parois ; mais vraiment l'incision vaginale me paraît plus simple et plus rapide ; j'ajouterai même moins dangereuse.

Vous savez que je ne crains pas la laparotomie, vous m'en voyez assez pratiquer ici pour en être convaincus, mais je n'en reste pas moins persuadé que c'est une opération grave,

aussitôt qu'on ne se contente plus d'ouvrir simplement le péritoine, ce serait alors la plus bénigne des interventions ; mais quand il faut se livrer à des manœuvres ultérieures, quand il s'agit surtout de manier des poches purulentes, le plus soigneux des chirurgiens ne peut jamais alors répondre de son asepsie, et par là, de la vie de sa malade.

Je vous ai dit que l'incision vaginale me paraît moins dangereuse, j'ajoute, surtout pour les cas où il y a déjà de la suppuration.

Il semble en effet que le péritoine du petit bassin chez la femme soit la région de la séreuse la moins susceptible et la plus tolérante, c'est toujours celle que nous voyons en cause dans les cas si nombreux d'inflammations localisées ; cette propriété semble avoir été bien remise en lumière dans les récentes communications sur le traitement chirurgical de la péritonite ; les quelques succès qu'on a pu enregistrer sont presque tous des cas dans lesquels l'inflammation s'était spontanément cantonnée, dans cette région.

Je crois donc qu'il faut savoir utiliser cette propriété, et que dans les cas où la suppuration remplit le petit bassin, aujourd'hui que nous savons bien aseptiser le vagin, il est plus simple d'ouvrir par là ces collections purulentes, d'évacuer ainsi les amas de caillots quand il le faut.

Entraîné par mes lectures, à l'exemple d'Imlach, de Lawson Tait, et surtout, imitant ainsi ce que je faisais pour les salpingites purulentes, j'avais jusqu'ici préféré la laparotomie, convaincu que la voie vaginale était dangereuse parce qu'il était difficile par là d'éviter l'infection des foyers.

J'avoue qu'aujourd'hui mon opinion s'est beaucoup modifiée, et qu'à la suite de Gusserow, de Roth, de Champneys, je préfère la voie vaginale.

En comparant mes observations de l'année dernière à celle que je viens de vous rapporter, je vois que dans mes premiers cas la tumeur semblait être plus abdominale, que la saillie dans le vagin y est moins affirmée; c'est bien du reste cette énorme saillie vaginale qui m'a engagé à attaquer par

cette voie la première des malades de ma seconde série, celle qui avait ce gros amas de caillots, mais je dois dire aussi que c'est la facilité d'exécution, la bénignité des suites, la rapidité de la guérison observées chez elle, qui m'ont fait traiter de même les deux autres : et dorénavant, pour peu que la tuméfaction soit tangible par le vagin, je n'hésiterai plus à adopter ce mode d'intervention.

Si j'ai changé au point de vue de la méthode opératoire, je n'ai pas varié sur les indications de l'intervention chirurgicale, et je puis vous répéter ce que j'avançais à cette époque, c'est que : le diagnostic de l'hématocèle établi, pour peu que la résorption tarde à se faire, s'il existe concurremment des troubles locaux ou généraux, je considère qu'il faut proposer une opération ; je préfère aujourd'hui l'incision vaginale.

Je terminerai en vous disant comment je crois qu'il faut la pratiquer.

La malade sera purgée de façon à bien évacuer le rectum, la vessie sera vidée au moment même, afin d'une part de savoir avec la sonde et le toucher vaginal quels sont les rapports de la vessie avec la tumeur, et aussi pour réduire cette vessie à son minimum de volume.

Les parties génitales externes seront lavées et rasées, le vagin sera bien débarrassé du mucus et des débris épithéliaux par un lavage à l'eau naphtolée chaude, après quoi on placera un écarteur vaginal sur la fourchette et le col utérin saisi avec la pince, sera fixé et abaissé autant que possible.

L'index gauche se rend une dernière fois compte des rapports de la partie saillante de la tumeur avec le col, et on procède à l'incison.

Ici deux camps, les partisans de l'incision transversale, les partisans de l'incision antéro-postérieure.

J'avoue que je ne me passionnerai ni pour l'un ni pour l'autre, l'incision faite transversalement comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale me paraît exempte de dangers, j'en dirai autant de l'incision antéro-postérieure ;

mieux vaut se guider sur les conditions particulières que présentera la tumeur dans chaque cas, que de s'exposer à formuler une règle qui souvent serait à modifier.

Aussi, l'incision sera-t-elle faite suivant le plus grand axe de la tumeur, soit couche par couche, soit par ponction ; il importe seulement qu'elle soit assez grande pour permettre une facile exploration digitale de la cavité qu'on va ouvrir, il faut qu'outre le doigt, une canule à lavage puisse passer en même temps par l'incision, afin que le liquide injecté retrouve une porte de sortie facile.

Comme vous avez pu le voir dans mes observations, on ne trouve pas toujours une poche à parois bien limitées, dans mon second cas, je n'ai même pas trouvé de parois du tout, et le pus autant que j'ai pu m'en rendre compte était au moins en contact direct avec quelques anses intestinales et la paroi postérieure de l'utérus.

Il importe de drainer ces cavités soit avec des tubes en caoutchouc, soit avec des mèches de gaze antiseptique, il faut savoir que ces dernières remplissent moins bien cet usage.

Puis, afin de garder une asepsie suffisante du vagin, il faut appliquer sur l'orifice du drain un ou deux tampons d'ouate iodoformée suivant la capacité du vagin.

Les soins consécutifs sont aussi des plus simples : la quantité du liquide qui s'écoulera par les drains nous indiquera combien de jours il faut les laisser en place : on devra par leur intermédiaire faire des lavages quotidiens, l'eau naphtolée a l'avantage d'être antiseptique sans être caustique ou nuisible par son absorption.

Les drains enlevés, de simples lavages vaginaux conduiront jusqu'à la guérison.

L'incision vaginale, le lavage et le drainage constituent en somme une intervention chirurgicale facile, rapide, bénigne et à résultat excellent.

L'hésitation n'est pas permise si on a affaire à une hématocèle suppurée ; on ne peut discuter que pour les cas où la

tumeur est encore formée par du sang ; or si on compare la bénignité de l'incision vaginale au long temps que réclame la résolution d'un gros épanchement sanguin, surtout aux dangers qu'entraîne une suppuration relativement fréquente, je crois qu'on devra intervenir chirurgicalement toutes les fois que la tumeur formée par l'hématocèle ne semblera pas diminuer franchement après une ou deux semaines de repos au lit, comme cela m'est arrivé dans la première observation de ma seconde série.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE L'HYPOAZOTURIE AU POINT DE VUE DU DIAGNOSTIC ET DU PRONOSTIC DES AFFECTIONS CHIRURGICALES

Par **Henri Hartmann** et **Charles Gundelach.**

Dans ces dix dernières années, l'étude des variations de l'urée chez les néoplasiques, leur valeur séméiologique et l'importance qu'elles présentent au point de vue du pronostic opératoire des tumeurs abdominales, ont fait l'objet d'un assez grand nombre de travaux.

Tandis que Rommelaere (1) et à sa suite Thiriar (2),

---

(1) Contribution à l'histoire médicale de l'urée, *Ann. de l'Univ. de Bruxelles, Fac. de médecine*, 1880, T. I, p. 189. — Mensuration de la nutrition organique, déductions cliniques, *Bull. de l'Académie royale de Belgique*, 1882, p. 992. — Du diagnostic du cancer et de l'ulcère de l'estomac, *Ann. de l'Univ. de Bruxelles, Fac. de méd.*, 1882, T. III, p. 233. — De la mensuration de la nutrition organique, applications cliniques, *Journ. de méd., de chir. et de pharm. de Bruxelles*, 1883, T. LXXVII, p. 3, 225 et 344 ; phosphaturie, *ibid.*, 1884, T. LXXVIII, p. 225 et 337. — Des rapports de l'azoturie et de l'alimentation à l'état morbide. *Ibid.*, 1885, T. LXXX, p. 673, et 1886, T. LXXXII, p. 17, 53, 149, 219, 278, 301 ; T. LXXXIII, p. 421.

(2) Examen des urines dans la chirurgie abdominale, 1er *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1885, p. 140. — De l'importance du dosage quotidien de l'urée en chirurgie abdominale, 2e *Congrès français*, 1886, p. 50.

Muller (1) considèrent l'hypoazoturie comme un phénomène constant chez les cancéreux et lui accordent une valeur séméiologique considérable (2), Grégoire (3), A. Robin (4), Dujardin-Beaumetz (5), et son élève Deschamps (6), Kirmisson (7), Henrijean et Prost (8), attribuent la diminution de l'urée, quand elle existe, à l'insuffisance de l'alimentation et ne pensent nullement que ce signe puisse servir de guide pour le diagnostic des néoplasmes malins.

Tout récemment, une thèse, contenant de nombreux documents, vient d'être soutenue, devant la Faculté de Montpellier, par M. G. Rauzier. L'auteur de ce travail, auquel nous ferons de fréquents emprunts, pense que « *la constatation de l'hypoazoturie peut avoir une grande importance diagnostique* (9). Pour lui, « *quand il s'agit d'une tumeur abdominale, la diminution de l'urée, lorsqu'elle est notable, lorsqu'il n'existe ni tuberculose ni ascite, constitue une contre-indication formelle à l'intervention chirurgicale; car, tantôt elle affirme la nature maligne de la tumeur, tantôt elle est sous la dépendance d'altérations rénales qui devront évoquer dans l'esprit du chirurgien le fantôme de l'urée post-opératoire* (10). »

---

(1) Des échanges organiques chez les cancéreux, 8e *Congrès de médec. interne*, tenu à Wiesbaden, *Semaine médicale*. Paris, 24 avril 1889, p. 139.

(2) Pour Rommelaere la malignité morbide, désignée sous la dénomination clinique de cancer, serait le résultat d'une viciation de la nutrition intime; la réalité de cette viciation serait établie par l'hypoazoturie.

(3) *De l'urée dans le cancer*. Th. Paris, 1883, n° 15.

(4) L'urée et le cancer, *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, Paris, 1884, 3e s., T. I, p. 317, et *Gazette médic. de Paris*, 16 août 1884, p. 385.

(5) Sur le diagnostic du cancer de l'estomac, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris 1884, 3e s. T. I, p. 298, et *Gaz. hebdom.*, Paris, 1884, p. 513.

(6) *Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac*. Th., Paris, 1884, n° 78.

(7) Dosage de l'urée comme moyen diagnostic, 1er *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1885, p. 166.

(8) Contrib. à l'étude des urines pathologiques. *Bull. de l'Académie de méd. de Belgique*, 1886, p. 969.

(9) *De la diminution de l'urée dans le cancer*. Th., Montpellier, 1889, p. 110.

(10) *Loc. cit.*

Au moment où ce travail parut, nous poursuivions une série de recherches sur le même sujet dans le service de chirurgie de l'hôpital Bichat, que dirigent nos maîtres MM. Terrier et Quénu. Leur résultat n'est point confirmatif des conclusions posées par M. Rauzier.

Nos analyses, faites pendant les mois de juin, juillet, août et septembre de cette année, ont porté sur des femmes atteintes d'affections diverses, de néoplasmes abdominaux le plus souvent. Pour doser l'urée, nous nous sommes servi de l'appareil de Régnard ; toujours nous avons fait nos analyses en prenant le mélange de la totalité des urines des 24 heures, et, autant que possible, nous avons cherché à faire plusieurs analyses consécutives, afin de pouvoir établir une moyenne, la quantité d'urée excrétée présentant quelquefois des variations considérables. Cela n'a malheureusement pas toujours été possible ; il est extrêmement difficile d'obtenir de malades, surtout quand il s'agit de femmes, qu'ils gardent, pendant plusieurs jours consécutifs, la totalité de leurs urines ; aussi le nombre des analyses, faites chez la même malade, n'a-t-il pas toujours été aussi grand que nous l'eussions désiré. Nous croyons cependant qu'il est suffisant pour nous permettre de tirer à notre tour quelques conclusions. Nous rapprocherons du reste de nos observations les faits comparables publiés dans la thèse de M. Rauzier, de manière à nous appuyer sur un plus grand nombre d'analyses.

Les chiffres généralement donnés dans les traités de physiologie, 33 gr. en moyenne (Hoppe-Seyler) (1), comme représentant la moyenne de l'urée excrétée pendant les 24 heures, rigoureusement exacts pour des sujets sains, s'alimentant normalement et menant une vie active, sont notablement trop élevés lorsqu'on veut les appliquer à des malades hospitalisés, alors même que ceux-ci ne sont atteints que d'affections chirurgicales ne semblant pas au premier abord, de-

(1) *Allgemeine Biologie*. Berlin, 1877, p. 802.

voir influencer d'une manière directe les processus de la nutrition. Yvon et Berlioz (1) ne donnent du reste comme chiffre moyen de l'urée excrétée que 26 gr. 32 par 24 heures chez l'homme et que 20 gr. 61 chez la femme, chiffre qu'adopte M. Rauzier.

Un grand nombre de causes déterminent des variations dans la quantité de l'urée excrétée. La moindre diarrhée, un accès de fièvre, un changement de régime, les variations de la sécrétion sudorale, etc., amènent des écarts de chiffres considérables. Il y a là toute une série de conditions qui ont une influence évidente et qu'on a trop souvent négligées. Nous avons cherché autant que possible à en tenir compte et à ne faire d'analyses que dans les cas où les malades n'avaient rien présenté d'anormal pendant les 24 heures où l'on avait recueilli les urines.

Une première question se pose : *L'hypoazoturie existe-t-elle dans les néoplasmes malins et peut-elle servir dans les cas douteux à préciser un diagnostic ?*

Nous avons constaté, dans un certain nombre d'analyses, une hypoazoturie des plus nettes, entre autres chez trois malades, atteintes l'une d'un cancer de la cloison vésico-vaginale à la période terminale, l'autre d'un épithélioma de l'ovaire dont on avait inutilement tenté l'extirpation, quelques années auparavant ; la troisième d'un épithélioma ovarien généralisé. Chez la première la moyenne quotidienne de l'urée était de 4 gr. 155 ; chez la deuxième de 6 gr. 030 ; chez la troisième de 7 gr. 2.

Obs. I (personnelle). — F..., 58 ans, entrée le 17 septembre 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 3, pour un cancer de la cloison vésico-vaginale à la période terminale.

DATES	URINE	URÉE PAR JOUR
20 septembre.....	600	4gr611
21 —	500	3,843
22 —	600	4,611

Moyenne de l'urée par jour = 4 gr. 155

La malade est morte dans les derniers jours de septembre.

(1) Composit. moyenne de l'urine normale. *Rev. de médecine*. Paris, septembre 1888.

Obs. II (personnelle). — F.., 30 ans, entrée le 8 avril 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 25. Ovariotomie incomplète, il y a quelques années, par M. Terrier.

Repullulation du néoplasme et envahisssement de la peau.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
9 juin..........	1000	1007	6gr305
10 —	750	1009	6, 620
13 —	950	1007	4, 791
16 —	1250	1010	6, 405

Moyenne de l'urée par jour = 6 gr. 030

Obs. III (personnelle). — F..., 55 ans, entrée le 9 mai 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 27. Ovariotomie pour un kyste végétant en 1887. Ablation d'un cancer du sein en 1888. Noyaux cancéreux multiples dans le péritoine et ascite en 1889.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
14 juin..........	1250	1008	7gr881
16 —	1000	1006	6, 305
17 —	1000	1008	7, 686
18 —	1000	1008	7, 566
19 —	1100	1008	8, 322
21 —	800	1009	6, 052
22 —	750	1009	6, 620

Moyenne de l'urée par jour = 7 gr. 2

La malade est morte à la fin du mois de juillet.

De même une série d'observations nous a montré, dans des cancers de l'utérus, un abaissement du taux de l'urée à 10 gr. 3 et à 6 gr. 1 chez deux de nos malades, à 11 gr. 61, à 8 gr. 8, à 6 gr. 99 et même à 3 gr. chez des malades de M. Rauzier.

Obs. IV (personnelle). — F..., 63 ans, entrée le 18 juin 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 8, pour un épithélioma de l'isthme de l'utérus donnant lieu de temps à autre à des accidents de rétention utérine et dont les premiers symptômes remontent à 18 mois. Pâleur, amaigrissement, chairs flasques.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
8 juillet 1889.......	850	1018	11gr790
9 —	700	1023	8, 827

Moyenne de l'urée par jour = 10 gr. 308

Pas d'albumine.

Hystérectomie vaginale par M. Terrier, assisté de M. Hartmann. Guérison.

Obs. V (personnelle). — F..., 48 ans, entrée à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 27, le 27 juillet 1889 pour un épithélioma du col de l'utérus ayant envahi les ligaments larges. Pertes sanieuses, face pâle, état demi-cachectique.

9 août. Amputation sus-vaginale du col et curage de l'utérus par M. Terrier, aidé de M. Delagénière.

Repullulation rapide.

DATES	URINE	URÉE PAR JOUR
8 septembre 1889..............	500	6gr935
9 —	600	6, 809
10 —	600	5, 296

Moyenne de l'urée par jour = 6 gr. 346

Pas d'albumine.

La malade quitte l'hôpital mourante vers la fin de septembre.

Obs. VI (Rauzier, obs. XLII de sa thèse). — F., 41 ans ; cancer inopérable du col de l'utérus ; teint terreux et jaune paille.

DATES	URINES	URÉE	CHLORURES
17 novembre 1888.	750	11,25	6,82
18 —	1200	12,12	10,08
19 —	850	11,47	7,99

Moyenne de l'urée par jour = 11 gr. 61.

Pas d'albumine, pas de sucre.

Obs. VI (Rauzier, obs. XXXIX de sa thèse). F., 33 ans, épithélium utérin, ayant détruit une grande partie du col de l'utérus et envahi le vagin. Malade pâle, maigre, cachectique.

DATES	URINES	URÉE	CHLORURES
10 mai 1888.	800	8,88	1,68

0,10 d'albumine.

Il survient dans la suite des poussées de phlegmatia et la malade meurt le 10 juillet. A l'autopsie, abcès multiple du sein gauche et noyaux cancéreux à sa partie inférieure.

Obs. VII (Rauzier, obs. XL de sa thèse). F., 48 ans ; champignon épithéliomateux du col ; pâleur, amaigrissement, cachexie.

DATES	URINE	URÉE	CHLORURES
3 novembre 1888.	850	8,50	7,8
4 —	750	6,71	—
5 —	750	5,17	6,7

Moyenne de l'urée par jour — 6 gr. 99

Obs. IX (Rauzier, obs. XLIV de sa thèse). — F., 51 ans, arrivée à la période ultime de la cachexie, et atteinte depuis 25 mois d'un cancer du col de l'utérus qui s'est étendu peu à peu au vagin, à la vessie et au rectum, provoquant la formation d'un vaste cloaque. Cette malade ne rend que 3 grammes d'urée dans les 24 heures.

On serait en droit de conclure des analyses faites chez ces diverses malades que le cancer s'accompagne d'une hypoazoturie notable. Mais qu'on lise les observations som-

maires que nous donnons et l'on verra qu'il s'agissait de malades cachectiques qui, presque toutes, étaient arrivées à la période terminale de leur affection ; la seule exception avait trait à une vieille femme de 63 ans (obs. II) dont l'âge et le défaut de nutrition suffisaient pour expliquer la diminution du taux de l'urée, diminution qui, du reste, n'était pas des plus considérables, la malade excrétant encore 10 gr. 308 d'urée par jour.

Lorsqu'au contraire on analyse les urines de femmes porteuses d'un cancer de l'utérus même étendu aux parties voisines, mais jouissant d'un état général encore bon, s'alimentant bien et n'offrant en rien les caractères de la cachexie, on voit le chiffre de l'urée monter à 14 gr. 692, à 16 gr. 393, et même à 17 gr. 96 et à 18 gr. 58, comme le prouvent les observations suivantes :

Obs. X (personnelle). — F., 40 ans. entrée à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 26, le 17 juin 1889 pour un épithélioma de l'utérus. Cette malade a déjà été grattée antérieurement dans le service et a même subi une amputation sus-vaginale du col. Elle revient pour une métrorrhagie. Tout le fond du vagin est occupé par une masse friable dans laquelle le doigt pénètre à une grande profondeur ; les ligaments larges sont pris. L'état général est cependant resté excellent ; la malade est grosse et, à la voir, on ne soupçonnerait pas l'étendue des lésions dont elle est atteinte.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
3 juillet 1889......	1500	1015	21gr698
4 —	900	1020	14, 753
5 —	750	1022	11, 348
Du 6 au 12 juillet la malade a une perte.			
12 —	750	1017	10, 403
26 —	1100	1017	15, 258

Moyenne de l'urée par jour = 14 gr. 692

Évidement de l'utérus par M. Hartmann ; cessation de la métrorrhagie.

Obs. XI (personnelle). — F., 39 ans, entrée le 21 juin 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 14, pour un épithélioma de la lèvre antérieure du col, s'étendant jusqu'à l'insertion vaginale. A part un certain degré de pâleur, la malade offre tous les attributs de la santé.

Urines, 1300 gr. ; densité = 1015 ; urée par jour = 16,393.

Hystérectomie vaginale par M. Terrier, aidé de M. Hartmann ; guérison.

Récidive et fistulisation de la vessie peu de temps après, avec persistance d'un bon état général.

Obs. XII (Rauzier, obs. XLI de sa thèse). — F., 50 ans, pâle mais non cachectique. Cancer du col de l'utérus.

DATES	URINE	URÉE	CHLORURES
15 novembre 1888...	570	15gr16	6gr15
16 — ...	850	19, 72	7, 48
17 — ...	950	19, —	9, 6

Moyenne de l'urée par jour = 17 gr. 96

L'hystérectomie vaginale, faite par M. Tédenat, est suivie de mort en 48 heures.

Obs. XIII (Rauzier, obs. XLIII de sa thèse). — F., 54 ans, atteinte d'un épithélioma du col de l'utérus avec envahissement des tissus périutérins et de la paroi vaginale, mais sans cachexie.

DATES	URINE	URÉE	CHLORURES
22 novembre 1888...	1000	14,70	8gr4
23 — ...	1200	22,45	9, 0

Moyenne de l'urée par jour = 18 gr. 58

L'analyse des urines de malades atteintes d'autres cancers, de cancers du sein, par exemple, conduit aux mêmes conclusions :

Obs. XIV (personnelle). — F., 55 ans, entrée le 20 juillet 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 4, pour un cancer du sein avec ganglions axillaires, œdème du membre supérieur. Pas de cachexie. Éruption pemphigoïde.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE
22 juillet..........	600	1024	18gr915
23 —	800	1017	18, 158
24 —	1000	1018	21, 437
25 —	1100	1017	22, 193
26 —	1500	1015	22, 698
27 —	800	1022	17, 496

Moyenne de l'urée par jour = 20 gr. 547

Ablation du sein et de la masse axillaire par M. Delagénière ; résection de la veine axillaire. Guérison.

Obs. XV (personnelle). — F., 53 ans, entrée le 24 juillet 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 15, pour un cancer du sein avec ganglions axillaires. État général bon.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
26 juillet 1889.....	800	1026	22gr193
27 —	900	1025	21, 563
28 —	1000	1020	21, 777
29 —	1000	1020	20, 496
30 —	700	1024	19, 727

Moyenne de l'urée par jour = 21 gr. 151

Ablation du sein et curage de l'aisselle par M. Terrier. Réunion par première intention.

Obs. XVI (personnelle). — F., 59 ans, entrée le 17 septembre 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 4 bis, pour un cancer du sein avec ganglions axillaires. État général bon.

1500 gr. d'urine par jour ; 24 gr. 979 d'urée par jour en moyenne.

Ablation du sein et curage de l'aisselle par M. Hartmann. Réunion par première intention.

Obs. XVII (Rauzier, obs. XV de sa thèse). — F., 38 ans, atteinte d'un cancer du sein droit sans ganglions apparents dans l'aisselle.

23 octobre 1886, 24 gr. d'urée.

Ablation du sein par M. Tédenat le 25 octobre.

En octobre 1888, pas de récidive ; moyenne de trois analyses 25 gr.

Obs. XVIII (Rauzier, obs. XIV de sa thèse). — F. de 51 ans ; tumeur cancéreuse récidivée du sein gauche avec état général excellent.

Le 19 octobre 1882, 26 gr. d'urée.

Ablation de la tumeur par M. Tédenat le 20 octobre 1882.

En novembre 1888 pas de récidive ; deux analyses d'urine donnent 27 gr. et 24 gr. d'urée par 24 heures.

Dans ces cinq cas de cancer du sein le taux de l'urée reste, comme on le voit, normal (20 gr. 547 ; 21 gr. 151 ; 24 gr. 979 ; 25 gr., 25 gr. 5), fait facilement explicable par l'absence d'altération dans l'état général des malades. Qu'au contraire la santé s'altère, que la malade se cachectise et l'on va voir le chiffre de l'urée descendre rapidement :

Obs. XIX (Rauzier, obs. VIII de sa thèse) — F. de 40 ans, atteinte d'un squirrhe du sein avec noyaux secondaires dans le rachis ; état cachectique, amaigrissement extrême.

DATES	URINE	URÉE	CHLORURES
10 février 1888.....	....	7gr60	....
7 avril 1888......	....	2, 23	7gr2
12 mai 1888.......	950	7, 175	8, 84

Obs. XX (Rauzier, obs. XVI de sa thèse). — F. de 31 ans, porteuse d'un cancer du sein avec ganglions axillaires ; femme fortement constituée. Ablation de la tumeur par M. Tédenat le 8 mai 1886 ; réunion immédiate. A partir de juillet 1887, signes de cancer du rachis, avec état général encore excellent.

En décembre 1887, teint jaune paille, douleurs atroces, embonpoint conservé. En avril 1888, début d'amaigrissement, mort dans le courant de l'année.

DATES	URÉE
5 Mai 1886	24
15 Juillet 1886	26
Janvier 1887	24
Juillet 1887	23
Décembre 1887	23
Avril 1888	19

La dernière observation que nous venons de relater, est, à notre point de vue, des plus intéressantes ; elle nous montre une malade cancéreuse dont l'urée excrétée reste normale malgré une tumeur du sein, malgré une récidive dans le rachis et ne diminue que lorsque la santé générale s'altère, lorsque survient l'amaigrissement. C'est là un fait démonstratif au premier chef et bien difficile à concilier avec la théorie qui veut que l'hypoazoturie ne soit que le signe d'une viciation de la nutrition conduisant au cancer.

On voit du reste les différences les plus considérables dans le taux de l'urée au cours d'une même affection suivant qu'on observe la malade à une période relativement rapprochée du début, ou à la période cachectique. Le fait ressort nettement de la lecture des deux observations qui suivent de laparotomie exploratrice pour *cancer du péritoine*.

Obs. XXI (personnelle). — F., 47 ans, entrée le 27 juin 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 15, pour une affection abdominale, accompagnée d'ascite.

État général bon.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
3 juillet 1889......	1500	1020	22gr098
5 —	1600	1018	22, 193
6 —	1250	1020	18, 915

Moyenne de l'urée par jour = 21 gr. 268

Le 16 juillet, laparotomie par M. Terrier, assisté de M. Quénu. Évacuation de l'ascite. On trouve un cancer du péritoine et l'on recoud la plaie abdominale.

Guérison après fistulisation passagère de la partie moyenne de la ligne de suture.

Obs. XXII (personnelle). — F. de 64 ans, entrée le 1er juillet 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 19, pour une affection abdominale avec ascite. État cachectique ; eschare au sacrum.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
3 juillet 1889.....	250	1016	3gr467
4 —	200	1010	2, 774
6 —	200	1022	2, 774

Moyenne de l'urée par jour = 3 gr. 080

Le 23 juillet, laparotomie par M. Terrier, assisté de M. Quénu. Évacuation de l'ascite. On trouve un cancer du péritoine. Drainage. Mort 48 heures après.

De l'ensemble de ces diverses observations, que nous aurions facilement pu multiplier, découle un premier fait des plus évidents : *Les cancers ne s'accompagnent d'hypoazoturie qu'à la période de dénutrition et la marche de cette hypoazoturie est exactement parallèle à celle du processus de dénutrition.*

L'absence de valeur séméiologique de l'hypoazoturie, au point de vue du diagnostic du cancer, est encore établie par ce fait que chez bon nombre de malades elle existe en l'absence de toute affection néoplasique maligne. Le chiffre de l'urée excrétée par des femmes, atteintes d'affections chirurgicales diverses non cancéreuses, est en effet des plus variables, comme le montrent les observations suivantes :

Obs. XXIII (personnelle). — F., 22 ans, entre le 23 juillet 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 11 bis, pour une métrite avec salpingite double.

Belle fille, bien constituée, présentant tous les attributs de la santé.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
24 juillet..........	800	1022	18gr158
26 —	1600	1019	32, 281
27 —	1800	1018	36, 316
28 —	1600	1016	32, 813

Moyenne de l'urée par jour = 29 gr. 892

Obs. XXIV (personnelle). — F., 48 ans, entrée le 8 mai 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 8, pour des métrorrhagies répétées causées par un polype fibreux. Cette malade porte en outre un kyste de l'ovaire. Elle est pâle mais cependant vigoureuse.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
8 juin............	1500	1018	32gr142
9 —	1500	1017	24, 589
10 —	1100	1018	22, 193
11 —	1400	1015	24, 715

Moyenne de l'urée par jour = 25 gr. 9

Obs. XXV (personnelle). — F., 23 ans, entre le 5 juillet 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 26, pour une métrite avec rétrécissement cicatriciel du vagin. Fille robuste en pleine santé.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
16 juillet..........	1400	1018	28gr246
17 —	1150	1017	18, 851
19 —	650	1022	15, 573
20 —	600	1022	16, 645
21 —	900	1022	23, 832
22 —	800	1017	16, 140
Le 31 juillet on fait le curage de l'utérus.			
5 août.............	1000	1019	26, 481

Moyenne de l'urée par jour = 20 gr. 824

Obs. XXVI (personnelle). — F., 38 ans, entre le 30 mai 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 15, pour un polype fibreux sphacélé en voie d'élimination spontanée. En juin, le polype est éliminé ; il reste des plaies vaginales consécutives à la chute d'eschares.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
9 juin............	1000	1019	16gr393
10 —	1000	1018	15, 132
13 —	1000	1013	16, 393
14 —	1600	1014	20, 176
16 —	1600	1016	20, 496

Moyenne de l'urée par jour = 17 gr. 718

Obs. XXVII (personnelle). — F., 23 ans, entrée le 11 septembre 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 31, pour une salpingite suppurée ouverte dans le rectum et accompagnée d'abcès iliaque ; femme un peu frêle.

DATES	URINE	URÉE PAR JOUR
14 septembre......	700	12gr553
17 —	800	10, 248
Le 17 septembre on incise l'abcès iliaque.		
18 —	400	11, 272
19 —	300	12, 297
20 —	600	26, 132
21 —	400	15, 372

Moyenne de l'urée par jour = 14 gr. 645

Obs. XXVIII (personnelle). — F., 42 ans, entrée le 29 juillet 1889 pour un fibrome intra-utérin. Cette malade a été traitée à diverses reprises pour une métrite, elle a depuis plusieurs années de petites métrorrhargies et souffre presque continuellement du ventre au point d'être devenue réellement infirme.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
31 juillet.......	900	1012	8gr070
2 août..........	1500	1010	13, 240
3 —	900	1011	7, 944
4 —	1500	1010	15, 132

Moyenne de l'urée par jour = 11 gr. 096

Obs. XXIX (personnelle). — F., 40 ans, entrée le 6 septembre 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 25, pour une vieille métrite qui la rend à moitié infirme depuis plusieurs années. Curage le 24 septembre.

DATES	URINE	URÉE PAR JOUR
17 octobre................	1100	9gr863
18 —	1700	10,888
19 —	1200	9,223

Moyenne de l'urée par jour = 9 gr. 91.

Obs. XXX (personnelle). F., 41 ans, entrée le 26 avril 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 9, pour des fibromes utérins avec phlegmatia. Albuminurie.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
8 juin.........	800	1020	9gr079
10 —	800	1018	10,088
11 —	1000	1019	12,610
13 —	1450	1012	9,142
14 —	1400	1012	8,827

Moyenne de l'urée par jour = 9 gr. 949.

Obs. XXXI (personnelle). — F., 44 ans, entrée le 18 juin 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 23, pour un ulcère douloureux et étendu consécutif à une brûlure datant de l'enfance. Le genou est fléchi par suite des cicatrices poplitées; le membre est atrophié; ses segments moins longs que ceux du côté opposé. La malade est d'une maigreur extrême.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
28 juin	500	1027	7gr566
30 —	600	1023	9, 079
1er juillet........	1200	1015	12, 105
2 —	500	1013	5, 044
4 —	350	1030	4, 413
5 —	500	1026	6, 305
6 —	500	1025	6, 305
8 —	550	1022	6, 935

Moyenne de l'urée par jour = 7 gr. 219

L'amputation de la cuisse, faite le 3 juillet par M. Hartmann, a été suivie de guérison.

Dans cette série d'observations de malades atteintes de métrites, de salpingites, d'ulcères chroniques de jambes ou porteuses de fibromes utérins, nous voyons le taux de l'urée varier dans des proportions considérables. Tandis que les unes excrètent 29 gr.; 26 gr.; 20 gr., etc., d'autres n'éliminent que 11 gr., 10 gr. et même 7 gr. d'urée par jour; ces chiffres établissent de la façon la plus nette que l'hypoazoturie peut

exister en l'absence de toute néoplasie maligne ; de plus, la lecture des observations sommaires, que nous relatons, nous montre que cette hypoazoturie est, comme chez les cancéreuses, en rapport direct avec une insuffisance de la nutrition.

La deuxième question à résoudre est la suivante : *L'hypoazoturie est-elle une contre-indication à la laparotomie ?* En l'absence de néoplasme malin indique-t-elle l'existence de lésions rénales pouvant subir du fait de l'intervention une poussée aiguë avec phénomènes urémiques ? La question a son importance ; s'il était vrai, comme le soutiennent M. Rauzier et son maître Tédenat, qu'en l'absence de tumeurs malignes, l'hypoazoturie est l'indice certain d'une complication rénale et « a une signification pronostique constamment fâcheuse au point de vue opératoire » (1) la simple constatation d'un abaissement notable du taux de l'urée excrétée suffirait pour contre-indiqner bien des interventions.

Ici encore, pour résoudre le problème nous laisserons la parole aux faits et nous verrons à quelle conclusion ils conduisent.

1° *Ovariotomies.*

Obs. XXXII (personnelle). — F., 37 ans, entre le 24 juillet 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 29, pour une tumeur kystique de l'ovaire.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
28 juillet..........	1200	1025	26gr132
29 —	1700	1015	21, 777
31 —	1000	1023	19, 215
1er août..........	700	1024	27, 797
2 —	700	1024	30, 894
3 —	600	1022	21, 184

La laparotomie faite le 30 juillet par M. Terrier, assisté de M. Hartmann, avait fait constater l'existence d'un kyste inclus dans le ligament large, kyste qu'on ne put enlever que partiellement ; la portion incluse fut suturée au bas de la plaie abdominale et drainée. Guérison.

Moyenne de l'urée par jour :
23 gr. 955 avant la laparotomie.
24 gr. 52 dans les jours qui suivent l'opération.

(1) Rauzier. *Loc. cit.*, p. 108.

Obs. XXXIII (personnelle). — F., 55 ans, entre le 25 juin 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 16, pour un kyste de l'ovaire.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
2 juillet..........	1200	1018	18gr158
3 —	1400	1015	21, 184
4 —	1450	1016	23, 769
5 —	1400	1013	18, 654

Moyenne de l'urée par jour = 20 gr. 441

Ovariotomie le 6 juillet par M. Terrier, assisté de M. Quénu ; guérison.

Obs. XXXIV (personnelle). — F., entre le 21 août 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 7, pour un kyste de l'ovaire.

DATES	URINE	URÉE PAR JOUR
27 août.....................	1000	19gr215
28 —	900	19, 599

Moyenne de l'urée par jour = 19 gr. 407

Ovariotomie le 4 septembre par M. Quénu, assisté de M. Delagénière ; guérison.

Obs. XXXV (personnelle). — F., 57 ans, entre le 21 juin 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 29, pour un kyste de l'ovaire.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
27 juin........... ..	300	1030	5gr674
28 —	300	1027	5, 674
30 —	900	1014	11, 349

Moyenne de l'urée par jour = 7 gr. 656

Ovariotomie le 9 juillet par M. Terrier, assisté de M. Quénu ; guérison.

2º *Hystérectomies.*

Obs. XXXVI (personnelle). — F., 43 ans, entre le 14 août 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 22, pour un fibrome utérin.

DATES	URINE	URÉE PAR JOUR
3 septembre.................	900	21gr563
4 —	900	17, 293
5 —	1100	15, 258

Moyenne de l'urée par jour = 18 gr. 038

Le 11 septembre, hystérectomie par M. Quénu, assisté de M. Delagénière. Pédicule dans la plaie. Drainage.

Mort par occlusion intestinale (coudure d'une anse adhérente au moignon). Les reins étaient malades, avaient une surface inégale, due à des zones d'atrophie partielle.

Obs. XXXVII (personnelle). — F., 43 ans, entre le 14 juin 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 30, pour un fibrome utérin enclavé dans l'excavation.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
19 juin...........	1000	1020	23gr959
22 —	800	1020	17, 149
23 —	800	1014	12, 105

Moyenne de l'urée par jour = 17 gr. 731

Le 26 juin, énucléation du fibrome après laparotomie par M. Terrier, assisté de M. Quénu. Suture de l'utérus, réduction.
Mort par péritonite et hémorrhagie intra-abdominale.

Obs. XXXVIII (personnelle). — F., 33 ans, entre le 7 août 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 13, pour un fibrome de la face postérieure de l'utérus.

DATES	URINE	URÉE PAR JOUR
27 août.....................	800	18gr446
28 —	1200	18, 446
1 septembre.................	700	14, 123

Moyenne de l'urée par jour = 17 gr.

Le 7 septembre, laparotomie par M. Quénu, assisté de M. Delagénière ; énucléation du fibrome, suture de l'utérus ; drainage abdominal ; guérison.

Obs. XXXIX (personnelle). — F., 47 ans, entre le 31 mai 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 18, pour des fibromes sous péritonéaux multiples. Névropathie, dilatation de l'estomac.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
9 juin..	1250	1015	20gr491
10 —	1000	1015	13, 871
11 —	800	1018	15, 132
14 —	600	1019	11, 349
16 —	700	1017	12, 553

Moyenne de l'urée par jour = 14 gr. 679.

Hystérectomie dans les premiers jours d'août par M. Terrier, assisté de M. Delagénière. Mort le 3e jour.

3º *Salpingectomies.*

Obs. XL (personnelle). — F., 39 ans, entre le 21 août 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 21, pour une affection péri-utérine ancienne.

DATES	URINE	URÉE PAR JOUR
8 septembre.................	1000	21gr437
9 —	1100	23, 580
10 —	750	17, 023

Moyenne de l'urée par jour = 20 gr. 680.

Le 21 septembre, ablation bilatérale des annexes, par M. Quénu, assisté de M. Delagénière. Le 22 quelques gouttes d'urine seulement ; mort le 24 au matin avec de l'anurie absolue ; à l'autopsie, péritonite.

Obs. XLI (personnelle). — F., 33 ans, entre le 1er juillet 1889 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 15, pour une salpingite suppurée ouverte dans le rectum.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
22 juillet..........	1200	1018	19.671
23 —	1200	1014	15,132
24 —	1200	1014	16, 645
26 —	1100	1015	15, 258

Moyenne de l'urée par jour = 16 gr. 676

Le 27 juillet laparotomie par M. Terrier, assisté de M. Hartmann. On ponctionne puis on extirpe une poche contenant un litre de pus environ. Guérison sans accidents.

Obs. XLII (personnelle). — F., 29 ans, entre le 16 août 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 7, pour une affection périutérine.

DATES	URINE	URÉE PAR JOUR
13 septembre............	1400	19,419
14 —	1200	12,106

Moyenne par jour = 15 gr. 762

Ablation des annexes et d'une poche kystique incluse dans le ligament large par M. Quénu assisté de M. Delagénière. Guérison.

4° *Hystéropexie.*

Obs. XLIII (personnelle). — F., 39 ans, entre le 30 mars 1889, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 13, pour un prolapsus léger de l'utérus avec cystocèle, antéversion et ovaire kystique.

DATES	URINE	DENSITÉ	URÉE PAR JOUR
6 juin...........	500	1023	8,195
7 —	500	1018	8,825
8 —	820	1017	13,439

Moyenne de l'urée par jour = 10 gr. 153

Le 18 juin, ablation de l'ovaire malade et hystéropexie abdominale par M. Terrier, assisté de M. Quénu. Guérison sans accident.

La lecture de ces 12 dernières observations nous montre des variations considérables dans le taux de l'urée. Malheureusement pour les hypothèses de M. Rauzier, nous voyons des femmes très manifestement hypoazoturiques, n'excrétant que 10 grammes d'urée (obs. XLIII, hystéropexie), que 7 gr. 656 (obs. XXXV, ovariotomie), guérir sans le moindre incident alors que les 4 malades mortes excrétaient 14 gr. 679 ; 17 gr. 731 ; 18 gr. 038 ; 20 gr. 680.

C'est que la gravité de l'opération varie en raison des diffi-

cultés qu'elle présente, des fautes opératoires commises et non en raison de la plus ou moins grande quantité d'urée excrétée. Les morts que nous relatons étaient consécutives à des opérations de fibromes ou de salpingites ; tous les kystes de l'ovaire ont guéri. Aussi, sans vouloir ôter toute valeur à la constatation d'une hypoazoturie notable, qui indique tout au moins une nutrition insuffisante, nous pensons que ce symptôme n'a qu'une valeur des plus relatives, à moins que l'hypoazoturie ne soit excessive ; mais alors la malade est cachectique et point n'est besoin de l'analyse des urines pour le savoir.

De plus, coïncidence simple mais suffisant à ruiner la théorie qui veut établir un rapport entre l'existence de lésions rénales et l'hypoazoturie, la malade, qui excrétait 18 gr. 038 d'urée par jour, morte d'occlusion intestinale, nous a montré à l'autopsie des lésions de néphrite ancienne et celle qui excrétait 20 gr. 680 d'urée est morte d'anurie.

Dans le premier cas si quelque chose avait pu faire soupçonner l'existence d'une lésion rénale, ce n'est certes pas l'hypoazoturie, qui n'existait pas ; dans le deuxième, terminé par une anurie complète, la malade excrétait avant l'opération 20 gr. 68 d'urée par jour. Aussi, plutôt que de supposer avec MM. Tédenat et Rauzier que les accidents urémiques sont dus à une poussée congestive *a vacuo* dans des reins malades, nous croyons beaucoup plus juste d'admettre que, dans ces cas, il s'agit d'une néphrite toxique à développement plus ou moins rapide (1).

En résumé, la valeur séméiologique et pronostique de l'hypoazoturie, sur laquelle on a tant insisté dans ces dernières années, nous paraît n'avoir qu'une importance des plus minimes et si, dans quelques cas d'affections stomacales, elle semble pouvoir être d'un certain secours pour le médecin, elle n'est, pour ainsi dire, d'aucune utilité pour le chirurgien.

(1) C'est ce que nous aurions voulu constater chez la femme morte urémique ; malheureusement l'état de décomposition des viscères empêchait, dans l'espèce, tout examen histologique.

REVUE CLINIQUE

ÉPITHÉLIOMA KYSTIQUE MULTILOCULAIRE VÉGÉTANT DE L'OVAIRE GAUCHE. — OVARIOTOMIE. — GUÉRISON. — ÉPITHÉLIOMA DU SEIN GAUCHE RÉCIDIVANT DEUX FOIS APRÈS ABLATION TOTALE. — GÉNÉRALISATION DU CANCER AU PÉRITOINE ET PROBABLEMENT AUSSI A LA PLÈVRE. — MORT.

Par le Dr **Gaston Poupinel.**

L'observation fort intéressante que nous publions ici figure déjà partiellement dans deux thèses inaugurales de Paris.

La première partie a été publiée dans la thèse de Gundelach (1887, *De l'ascite symptomatique des tumeurs ovariques*, p. 66). La 2e partie se trouve dans la thèse d'Hadjès (1889, *Généralisation des épithéliomas mucoïdes kystiques de l'ovaire*, p. 29).

Enfin depuis lors la malade étant rentrée dans le service de M. Terrier à l'hôpital Bichat et y étant morte, nous avons rédigé la troisième phase de son histoire d'après les notes recueillies par notre ami Hartmann.

Nous ne donnerons ici qu'un résumé de l'ensemble de cette intéressante observation, mettant autant que possible en lumière les points saillants.

La nommée Mathilde Wang..., femme Besançon âgée de 53 ans, entre le 8 mars 1887 dans le service de M. Terrier, salle Chassaignac, lit no 26.

Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans, ménopause à 48 ans, mariée à 18 ans. Un enfant à l'âge de vingt ans, un autre à 21 ans. Il y a un an (1886) que le ventre grossit. Au bout de 3 mois la

malade entre à la maison Dubois (service de M. Labbé) et y reste 8 mois ; pendant ce temps on lui fait 13 ponctions.

La malade quitte la maison Dubois le 8 mars pour entrer à 'hôpital Bichat dans le service de M. Terrier où l'on constate de l'ascite et à travers le liquide ascitique une tumeur bosselée, située dans la partie gauche du petit bassin et remontant dans la fosse iliaque gauche vers le flanc gauche. Le toucher vaginal montre que l'utérus est mobile et que le cul-de-sac latéral gauche est un peu effacé et légèrement sensible. L'œdème des membres inférieurs observé pendant le séjour à la maison Dubois où il variait parallèlement à l'état de réplétion de l'abdomen par le liquide ascitique n'existe pas au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital Bichat.

Le 22 mars 1887, ovariotomie faite par M. Terrier aidé de MM. Périer et Berger, en présence de MM. Richelot, Quénu et Routier. Incision de la ligne blanche, évacuation de plus de douze litres de liquide ascitique de couleur jaunâtre ; découverte et ablation d'un kyste en grappe végétant de l'ovaire gauche, adhérent au côlon transverse, à pédicule large. Durée de l'opération : 50 minutes. Suites de l'opération favorables ; la malade sort guérie dans le courant du mois de mai.

Le kyste ovarique développé aux dépens de l'ovaire gauche présente le volume des deux poings ; son pédicule est large et d'aspect sarcomateux, la masse principale de la tumeur est solide. A la surface de la masse principale se trouve un grand nombre de petits kystes, les plus volumineux ont le volume d'une mandarine, les autres celui d'une cerise ; à la surface du kyste quelques végétations sessiles. L'examen histologique pratiqué par MM. Gilbert et Gundelach (dans le travail duquel figure une belle planche reproduisant une de leurs préparations) montre l'existence dans la paroi fibreuse du kyste et dans son stroma de productions épithéliomateuses d'aspect adénoïde, où l'épithélium est cylindrique simple ou stratifié. En un point la partie fibreuse amincie et perforée permet l'issue à travers sa déchirure d'un bourgeon émané de la couche épithéliomateuse. En un autre point, à la face externe de la couche fibreuse, existe une végétation offrant les mêmes caractères histologiques, c'est-à-dire constituée par un stroma conjonctif et des formations acineuses.

Depuis vingt ans la malade portait près du mamelon gauche

une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, de consistance ferme et non douloureuse ; cette petite tumeur a conservé le même volume pendant ce grand laps de temps sans faire souffrir aucunement la malade, sans même lui occasionner la moindre gêne.

En juin 1887, trois mois après l'ovariotomie, Mme B... éprouve par moments de petits élancements localisés au niveau de la petite tumeur du sein.

En février 1888, la malade s'aperçoit que la petite tumeur grossit légèrement et atteint peu à peu le volume d'une noix : cette augmentation de volume n'est pas accompagnée d'une modification particulière dans la coloration de la peau.

Rentrée à l'hôpital Bichat dans le service de M. Terrier, le 17 mai 1888, Mme B... présente au sein gauche une tumeur dure du volume et de la forme d'un gros œuf, située sous la peau à laquelle elle paraît adhérer. Elle n'est pas douloureuse au palper; à son niveau la peau est lisse et n'a pas subi d'altération dans sa coloration. Les ganglions de l'aisselle ne paraissent pas être augmentés de volume.

Ablation du sein le 1er juin 1888; extirpation des ganglions situés dans la paroi postérieure de l'aisselle et dont on n'avait pas perçu l'augmentation de volume avant l'opération. Mme B... sort de l'hôpital le 23 juin ; la plaie n'est pas complètement cicatrisée : il reste quelques bourgeons charnus, mais la malade ne ressent aucune douleur et se sert facilement de son bras gauche. Son état général est excellent. L'abdomen présente, au niveau de la cicatrice de l'ovariotomie, une légère éventration : il est d'ailleurs souple, indolore et ne présente pas trace de tumeur. La malade a d'ailleurs engraissé depuis l'ovariotomie.

Le 19 octobre 1888, Mme B... rentre à l'hôpital. Le néoplasme du sein gauche, a récidivé sous forme d'un noyau irrégulier, bosselé, du volume d'une noisette, adhérent par sa face profonde au grand pectoral. Opération du néoplasme récidivé du sein gauche quelques jours après l'entrée.

L'examen histologique des deux tumeurs du sein gauche fait par nous au laboratoire de l'hôpital Bichat montre que, comme pour la tumeur ovarique, il s'agit de productions épithéliomateuses. Dans certains points de la périphérie de la petite tumeur enlevée en second lieu (récidive opérée peu de temps après son apparition) on trouve nettement les caractères de l'épithélioma

tubulé à cellules cylindriques. Partout ailleurs dans les deux tumeurs, l'altération est plus avancée ; tantôt il s'agit de cavités tapissées d'un épais revêtement épithélial à cellules métatypiques, disposées sur un nombre considérable de couches, tantôt l'aspect est celui de l'épithélioma carcinoïde.

Le 9 mai 1889, Mme B... rentre à l'hôpital Bichat. Son ventre a grossi de nouveau depuis la fin de février ; l'augmentation de volume de l'abdomen a été précédée de l'apparition de douleurs dans le côté droit du ventre, douleurs sans rapport avec la marche. Au niveau du sein gauche on contate que la cicatrice des opérations antérieures est, dans toute sa partie externe et jusque vers l'aisselle, soulevée par une tumeur développée en partie au-dessous de la cicatrice, mais surtout au-dessus de celle-ci. Constatée pour la première fois il y a trois mois, cette tumeur est étalée et lobulée, fluctuante par places, adhérente à la peau qui est extrêmement distendue au niveau des bosselures, adhérente aussi profondément au grand pectoral. A la partie supérieure et interne de la tumeur existe une perforation donnant accès dans un court trajet fistuleux. Cette perforation s'est effectuée spontanément le 7 mai et a laissé écouler une petite quantité de liquide clair. Pas de ganglions dans l'aisselle ni dans les creux sous et sus-claviculaires.

Dans l'abdomen existe de l'ascite avec fluctuation manifeste, distension de l'ombilic, dilatation des veines sous-cutanées surtout dans la moitié sus-ombilicale de l'abdomen. Œdème des membres inférieurs.

La langue est bonne ; les digestions sont difficiles ; la constipation est habituelle, pas de vomissements. Un peu de gêne respiratoire depuis que le ventre grossit.

La température axillaire est légèrement élevée ; elle reste au dessus de 38° tous les soirs et atteint même 39° à diverses reprises.

Le 11 mai, une ponction évacue 7 litres de liquide ascitique et permet de percevoir facilement l'existence dans l'abdomen de masses dures, multiples, occupant les diverses régions de l'abdomen, le péritoine pariétal, le grand épiploon ; le foie ne paraît en rapport avec aucune de ces tumeurs.

Le 3 juin, nouvelle ponction évacuant dix litres de liquide. Troisième ponction le 26 juin. Analyse du liquide par M. Poulard,

pharmacien du service ; densité : 1015, matières fixes, 45 gr. 50 par litre. Enfin deux dernières ponctions le 11 et le 27 juillet.

La malade s'affaiblit de jour en jour, l'œdème des membres inférieurs augmente ; on constate les signes d'épanchement pleural bilatéral : enfin la malade s'éteint le 30 juillet.

L'autopsie ne put malheureusement pas être faite.

Cette observation nous a paru digne d'être rapportée pour plusieurs raisons. C'est d'abord un exemple de plus de la relation qui existe entre l'ascite et la nature végétante des tumeurs ovariques. Gundelach et Hadjès en ont d'ailleurs déjà tiré parti dans leurs thèses pour appuyer leurs conclusions.

Les végétations dans ce cas étaient, il est vrai, surtout internes ; mais il en existait aussi à la surface externe ; quelques-unes même, d'abord intrakystiques, étaient devenues externes par perforation de la paroi fibreuse de la tumeur. Ainsi que nous l'avons dit dans notre thèse (1886), ainsi que Gundelach et Hadjès l'ont répété depuis lors, l'ascite symptomatique des tumeurs végétantes de l'ovaire et *à fortiori* ces tumeurs végétantes elles-mêmes entraînent un pronostic particulièrement grave : l'observation ci-dessus en fournit un bel exemple.

L'histoire de la généralisation dans ce cas est aussi tout particulièrement intéressante. Faut-il, ce qui paraît vraisemblable, considérer la petite tumeur du sein gauche constatée depuis vingt ans comme antérieure à la tumeur de l'ovaire ? Ne serait-elle pas aussi bien contemporaine de celle-ci qui, dans cette hypothèse, serait restée absolument latente pendant ce laps de temps ? Il est littéralement impossible de déterminer le moment précis du début d'une tumeur ovarienne. Le problème ci-dessus est donc insoluble, il nous paraît d'ailleurs d'importance secondaire.

Ce qu'il nous paraît plus important de remarquer, c'est que cette malade, en possession d'un néoplasme depuis vingt ans, a vu depuis un temps impossible à préciser un autre néoplasme évoluer indépendamment du premier dans un

autre organe. Ce second néoplasme de nature maligne, alors que le premier affecte tout d'abord des caractères de bénignité absolue, grossit peu à peu, devient manifeste en 1886, évolue rapidement depuis lors et en 1887 nécessite une opération. Trois mois après cette opération la tumeur du sein se développe et se transforme. Cet espace de trois mois est assez court pour que, si nous ne nous interdisions pas de quitter le domaine des faits pour celui de l'hypothèse, il nous paraisse difficile de ne pas voir entre l'ovariotomie et la transformation de la tumeur du sein autre chose qu'une simple coïncidence. La tumeur du sein, stationnaire pendant vingt ans, est maintenant cliniquement et histologiquement maligne ; elle récidive par deux fois en moins d'un an ; et la deuxième récidive en février 1889 coïncide avec le développement de tumeurs dans l'abdomen. Il y a cette fois véritablement généralisation du cancer et la malade ne tarde pas à succomber.

Nous devons signaler que cette observation est encore, à notre connaissance du moins, la seule dans laquelle un épithélioma kystique de l'ovaire ait été suivi d'un cancer du sein. L'extension au péritoine et aux organes abdominaux est pour ainsi dire la règle lorsqu'il y a généralisation : l'extension au sein n'avait pas encore été notée. Nous ne pouvons que renvoyer à ce sujet aux tableaux qu'Hadjès et moi avons dressés dans nos thèses.

Mais le cas actuel si instructif est d'ailleurs complexe. L'existence depuis longtemps constatée d'une petite tumeur dans le sein, tumeur ayant vraisemblablement précédé la tumeur ovarienne, pourrait expliquer l'apparition du cancer secondaire en ce siège exceptionnel. Mais toute interprétation plus rigoureuse des faits est impossible, car bien que tout plaide en faveur de la nature primitivement bénigne de la tumeur du sein, et que tout nous autorise à considérer la tumeur ovarienne comme la première manifestation clinique du cancer épithélial chez Mme B..., il nous est bien impossible d'affirmer ou de nier catégoriquement la nature épithé-

liale de la petite tumeur du sein avant son accroissement de volume. La connaissance de ce fait aurait, dans l'espèce, une importance capitale, mais, il est vrai, purement théorique ; car si l'ignorance de la nature primitive de la petite tumeur du sein ne permet pas d'interpréter d'une façon indiscutable ce cas comme un cas d'épithélioma primitif de l'ovaire avec généralisation secondaire au sein, puis au péritoine, il est au point de vue clinique absolument évident que la première tumeur maligne observée chez Mme B... est la tumeur ovarienne, et que la tumeur du sein n'est devenue maligne qu'après l'ablation de la tumeur ovarienne. Peu importe alors que la tumeur du sein ait été primitivement de nature épithéliale ou non, elle n'est devenue un cancer que secondairement à la tumeur de l'ovaire.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, cette observation est également intéressante. Les tumeurs secondaires appartiennent bien au même type anatomique que la tumeur primitive. La nature maligne épithéliomateuse, aujourd'hui indiscutée, des kystes et tumeurs kystiques de l'ovaire, y est bien mise en évidence.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Traitement de la blennorrhagie chez la femme.

Le *siège des altérations blennorrhagiques* varie suivant les cas ; chez les prostituées inscrites ayant déjà subi pour la plupart une infection de longue date, l'urèthre et le col utérin sont presque toujours atteints ; chez la clandestine, n'ayant subi qu'une infection récente, l'urèthre, le vagin, le col utérin sont affectés ; chez la malade, qui vient librement consulter parce qu'elle se sent contaminée, c'est surtout la vulvo-vaginite et l'uréthrite qu'on constate. En règle générale, à la période aiguë, l'uréthrite et la vaginite dominent la scène ; dans la blennorrhagie chronique, c'est l'endométrite qui persiste. Chacune de ces localisations doit être traitée.

1° *Vulvite.* — La vulvite ne s'observe que dans les cas aigus,

et cède toujours très rapidement. On calmera la douleur des inflammations violentes par le repos au lit et l'application de compresses glacées; on touchera les érosions douloureuses avec une solution de nitrate d'argent à 1/20 et dès que l'inflammation sera un peu modérée, on isolera les replis cutanés par l'interposition de coton trempé dans une solution ds sublimé à 1/1000 ou plutôt de biiodure à 1/4000.

Lors de *bartholinite,* on peut quelquefois obtenir la résolution par des applications de glace ; mais dès qu'il y a de la fluctuation il faut inciser largement, laver avec une solution de sublimé ou de biiodure et bourrer de gaze iodoformée le foyer. On détruira avec le nitrate d'argent les cryptes glandulaires atteintes de *folliculites.*

2° *Vaginite.* — Pendant la *période suraiguë*, il faut se borner à modérer, par tous les moyens, l'exagération des symptômes (repos, abstention de nourriture excitante, régularisation des garde-robes, bains de siège 2 fois par jour, grands bains tous les deux jours, application entre les lèvres, dans le pli crural, dans le sillon anal, de coton hydrophile pour protéger les parties voisines contre l'irritation des liquides vaginaux).

Quand l'inflammation est *modérée*, on fait pratiquer 1 ou 2 fois par jour des irrigations au biiodure de mercure à 1/10000 ; ces lavages vaginaux sont faits à l'aide de l'irrigateur ordinaire coiffé d'une canule percée de trous latéraux ; deux litres de liquide sont employés chaque fois; puis, suivant l'ancien conseil de Ricord, la femme étant couchée le bassin élevé, on fait pratiquer une nouvelle injection à 1/4000, laissant le liquide séjourner quelques minutes dans le vagin ; l'injection écoulée on tamponne le vagin avec du coton imbibé de glycérine iodoformée au début, saupoudré de tannin un peu plus tard.

En 10 à 15 jours l'écoulement vaginal disparait complètement.

3° *Uréthrite.* — Les balsamiques sont inefficaces ; le traitement local réussit au contraire à merveille. Au début l'uréthrite blennorrhagique cède souvent à une seule cautérisation, faite en introduisant, dans la première moitié du canal, un crayon de nitrate d'argent pur ou mitigé. Plus tard on pratique une instillation quotidienne d'une solution de nitrate d'argent à 1/50 ; dans les cas chroniques, dans l'uréthrorrhée, on pourra de nouveau recourir à la cautérisation avec le crayon.

4° *Métrite.* — La blennorrhagie utérine est très commune et

reste souvent le dernier signe d'une blennorrhagie disparue ailleurs; c'est une cause fréquente de récidive et de réinoculation des parties voisines. Chez la nullipare le col utérin est ordinairement seul atteint; le corps n'est guère pris que dans les cas où l'utérus a été soumis à une ampliation par le fait de grossesses ou d'avortements.

Le curage de l'utérus, suivi d'injections parasiticides, peut être tenté dans les cas absolument rebelles ; mais, dans l'immense majorité des cas, la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent, introduit aussi profondément que possible, est plus que suffisante pour, en 2 ou 3 fois, obtenir une guérison complète. Lors de métrite ulcéreuse, on touchera en même temps l'ulcération au nitrate d'argent, on la saupoudrera de salol, ou encore on appliquera à sa surface un tampon fortement saupoudré de cette substance. Le salol a une action surprenante sur les ulcérations du col, blennorrhagiques ou autres.

Enfin, à côté du traitement local, on doit instituer un *traitement général*, dont l'importance est considérable, surtout dans la blennorrhagie chronique et dont les amers, les ferrugineux, les alcalins ou les arsenicaux font les principaux frais.

(D'après SCHMITT, *Rev. méd. de l'Est*, 1889, p. 577.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE MOSCOU FONDÉE EN 1888. — PREMIÈRE ANNÉE

WARNEK. **Un cas d'hématomètre.** — La femme M. entre à l'hôpital le 4 novembre 1887 avec de la rétention d'urine, des douleurs dans le bas-ventre et un développement considérable de l'abdomen. Agée de 53 ans, multipare, bien réglée de 15 à 46 ans, la malade a toujours joui d'une santé parfaite autant avant que depuis la cessation des règles et c'est, brusquement, le 1er octobre 1887 que débutèrent les accidents : douleurs expulsives, rétention d'urine, constipation opiniâtre, vomissements, frissons ; en même temps, la malade constata l'existence d'une tumeur dans le bas-ventre; cette tumeur durant un mois augmenta rapidement au

point d'atteindre le volume d'un utérus gravide au sixième mois. Elle est médiane, ronde, lisse, rénitente, non fluctuante, mate, peu mobile et sensible à la palpation, elle fait d'autre part saillie dans le vagin qu'elle remplit presque entièrement et s'applique à la symphyse pubienne. Il n'y a pas trace de col de l'utérus, ni d'orifice du col. Le toucher rectal permet de constater une vague fluctuation profonde : il s'agit donc de l'utérus sénile distendu par un épanchement que l'on croit purulent grâce à la fièvre hectique (pyometra retularum). Cependant trois ponctions aspiratrices faites dans la partie la plus saillante de la tumeur n'amènent pas une goutte de liquide, ce qui fait rectifier le diagnostic et reconnaître qu'il s'agit d'un épanchement de sang coagulé.

Le 6 novembre la tumeur vaginale est incisée sur la ligne médiane dans l'étendue d'un centimètre; quelques caillots fibrineux absolument incolores et inodores sont extraits par cette ouverture dans laquelle on place ensuite un gros drain. Pendant trois jours des lavages antiseptiques répétés amènent au dehors des caillots fibrineux en grande quantité ; puis l'écoulement diminue, le 10 novembre il devient fétide, le 11 novembre la malade meurt avec un certain ballonnement du ventre et une dyspnée violente.

A l'*autopsie* on trouve l'utérus fixé aux organes voisins par de nombreuses adhérences; ses parois sont hypertrophiées, sa cavité remplie de caillots fibrineux anciens, entremêlés de masses ichoreuses ; il en est de même des trompes dont la gauche est perforée au voisinage de l'ovaire, d'où péritonite septique mortelle.

Toutes ces lésions n'auraient pu se produire dans le cours d'un seul mois ; il est probable que la cessation des règles n'avait été qu'apparente, le sang continuant à s'accumuler dans l'utérus grâce à l'oblitération de l'orifice du col utérin ; les causes de cette sténose sont d'ailleurs restées inconnues.

KALABINE. **Un cas de grossesse extra-utérine traitée par l'électricité.** — La malade, âgée de 30 ans, mère de deux enfants, redevient enceinte une troisième fois ; elle éprouve d'abord les symptômes habituels de la grossesse, mais 34 jours après les dernières règles qui avaient eu lieu le 17 août 1887, surviennent des douleurs violentes dans le bas-ventre, à droite principalement, des crises douloureuses se reproduisent les jours suivants jusqu'au 1er octobre et le diagnostic de grossesse extra-utérine est établi dès ce moment par le Dr Lebedeff.

Le 8 octobre, la douleur revient accompagnée de pâleur, de sueurs, de vomissements ; les accidents continuent jusqu'au 14 octobre avec des périodes de rémission et d'aggravation. Enfin, après une crise douloureuse d'une violence extrême, la malade présente tous les symptômes d'une hémorrhagie interne grave et le professeur Sneguireff confirme le diagnostic de grossesse tubaire à gauche. 18 octobre, nouvelle hémorrhagie, état de shock pendant 3 heures. Le toucher fait reconnaître l'existence dans le cul-de-sac gauche d'une tumeur tendue, fluctuante, animée de battements, couverte de vaisseaux extrêmement dilatés. Le 23 octobre, hémorrhagie interne, shock pendant 4 heures. 25 octobre, chute de la caduque utérine complète. 26 octobre, la tumeur remplit le petit bassin, la fosse iliaque gauche, dépasse l'ombilic de 25 millim. environ ; tout le ventre est ballonné et douloureux.

L'état général s'étant légèrement amélioré, on procède à l'électrisation de la tumeur à l'aide d'un courant continu d'intensité croissante jusqu'à 40 milliampères. Le pôle négatif appliqué sur la portion vaginale de la tumeur est représenté par une sonde en platine garnie de coton hydrophile humide pour protéger la muqueuse contre l'action destructive du courant. Au pôle positif se trouve la plaque ventrale d'Apostoli. La première séance dure 10 minutes. Les suivantes sont faites le 27 octobre, le 31 octobre, les 2, 5, 6, 8, 12 novembre.

L'état général s'améliore dès la première séance, la tumeur diminue pour reprendre le volume primitif au bout de peu de jours. Le 15 novembre on procède à l'électropuncture (28 éléments, 100 milliampères) qui est suivie d'un écoulement sanguin par le vagin. Le 20 novembre l'électrisation est reprise ; la malade subit encore six séances sous l'influence desquelles la tumeur se réduit au tiers de son volume primitif. De nouveaux accidents surviennent à cette période de la maladie, l'évolution de la tumeur subit des fluctuations diverses, le traitement par l'électricité est repris vers la fin de décembre, continué jusqu'en février 1888. La malade peut enfin être considérée comme parfaitement guérie. La tumeur réduite d'abord au volume d'une pomme, descend enfin à celui d'une noix ; elle est dure, non pulsatile, mobile, siégeant en arrière et à gauche de l'utérus. L'état général est parfait.

Warnek signale à propos de cette communication un autre cas de grossesse extra-utérine observée par lui et guérie par le traitement

électrique ; la malade, âgée de 27 ans, présentait en janvier 1888 les signes de probabilité de la grossesse en même temps qu'une tumeur du volume d'un œuf de poule au niveau de la trompe gauche. L'électropuncture fut pratiquée comme dans le cas de Kalabine (40 éléments Schpammer, 2 minutes) et la tumeur diminua rapidement et sans accidents.

NEDSWETRKY. **Trois cas de grossesse extra-utérine.** — 1° Femme de 26 ans, enceinte de deux mois, présente dès le début des phénomènes douloureux, des symptômes d'hémorrhagie interne, auxquels elle succombe n'ayant subi d'autre traitement que le repos.

2° Femme de 27 ans, enceinte de 2 mois, ayant présenté les symptômes d'une hémorrhagie interne, est soumise au traitement par les courants continus pendant un mois, la guérison est obtenue sans accidents et complètement par régression de la tumeur.

3° Femme de 26 ans, enceinte de 4 mois, présentant des accidents graves tels que métrorrhagies, hémorrhagies internes, douleurs vives, est rapidement améliorée par le traitement électrique ; après cinq séances les métrorrhagies s'arrêtent, la tumeur diminue, après la vingtième surviennent des douleurs expulsives, des pertes sanguines et enfin l'expulsion de membranes ; au bout de 30 séances la tumeur est solide, petite ; la malade peut être considérée comme guérie.

Le rapporteur fait observer à propos de la régression du kyste fœtal que sa résistance au courant (exprimée en ohms) augmente parallèlement à sa consistance, d'où il suit qu'en mesurant la résistance de la tumeur on se rendra compte de l'influence du traitement.

ALEXANDROFF. **Un cas d'arrêt de développement des organes génitaux.** — La malade présentée à la Société, âgée à ce moment de 49 ans, s'est mariée à 16 ans, a subi à l'âge de 25 ans une opération sanglante dont le but était la dilatation d'un vagin rudimentaire et n'a jamais été réglée. Elle avait, par contre, un flux hémorrhoïdaire périodique, revenant tous les mois depuis l'âge de 20 jusqu'à 43 ans. Les organes génitaux externes sont d'aspect normal ; le vagin est représenté par un cul-de-sac de 13 millim. de profondeur ; il n'y a pas d'utérus ; la palpation attentive permet de sentir une corde qui se dirige de bas en haut et à droite et en connexion avec cette corde une tumeur dans la fosse iliaque ; cette tumeur de la

grosseur d'un poing, bosselée, douloureuse est selon toute apparence un ovaire kystique.

SOLOWIEFF. **Opération césarienne par le procédé de Porro.** — Il s'agit d'une femme de 22 ans, arrivée au terme de la grossesse et atteinte de rétrécissement extrême du bassin et du vagin ; ce dernier est rétréci par des brides cicatricielles au point d'admettre à peine un doigt et présente de plus une fistule vésico-vaginale restée rebelle à toutes les interventions. Ces lésions sont le résultat d'un premier accouchement très laborieux qui avait eu lieu 3 ans auparavant.

L'accouchement naturel ne pouvait être espéré dans de semblables conditions ; il aurait même été impossible d'extraire par fragments le fœtus sacrifié, aussi procéda-t-on à l'opération césarienné 24 heures après le début du travail.

La paroi abdominale incisée on se trouve en présence de la vessie distendue, à parois minces, altérées ; le cathétérisme est impossible et la vessie est vidée par une ponction. L'utérus ne se contracte pas et l'on éprouve de grandes difficultés pour l'attirer au dehors, de sorte que l'incision qui s'étend du pubis jusqu'à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic est encore agrandie. Enfin une contraction survient, l'utérus sort de la cavité abdominale qui est fermée aussitôt par le rapprochement des bords de la plaie. Une ligature est préparée, mais non encore faite sur le col de l'utérus ; l'incision du corps de l'utérus ne donne pas une goutte de sang et l'enfant bien vivant est facilement extrait par les épaules ; on note à ce moment l'odeur putride des enveloppes des poches. La ligature est serrée au col de l'utérus le corps enlevé au bistouri et le moignon suturé à la paroi abdominale dans l'angle inférieur de la plaie.

La malade se trouve bien durant le premier jour, meurt 46 heures après l'opération de péritonite aiguë. On reconnaît à l'autopsie que la paroi supérieure de la vessie sphacélée est le point de départ de la péritonite.

Le rapporteur fait suivre cette observation de l'historique complet de la question et examine les indications de l'opération de Porro : septicémie, rupture utérine, rétrécissement cicatriciel du vagin, métrorrhagie atonique pendant l'opération césarienne classique, myômes, ostéomalacie.

SOKOLOFF. **Un cas d'absence du vagin.** — Femme de 20 ans, non

réglée, mariée depuis 7 mois. Tout le corps est normalement développé ; il en est de même de la vulve. L'hymen présente à sa partie supérieure un orifice admettant facilement le doigt, mais en arrière de cette membrane le doigt rencontre immédiatement des parties molles. Le toucher rectal combiné à la palpation fait sentir très haut sur la ligne médiane l'utérus de forme absolument normale, mais triplé de volume ; il est mobile et indolent, les ovaires ne peuvent être sentis. Une sonde introduite dans la vessie est facilement suivie par le rectum, ce qui montre bien l'absence du vagin ; il est cependant possible, étant donné le glissement latéral du col de l'utérus, que la partie supérieure du vagin existe.

Ce cas d'absence du vagin est donc remarquable surtout par la présence d'un utérus normal quant à sa forme, mais hypertrophié ou distendu. Le rapporteur n'admet pas l'hématomètre pour plusieurs raisons : l'atrésie congénitale de l'orifice du col est presque inconnue, les ovaires font certainement défaut chez la malade, d'autant plus que les *molimina menstrualia* n'ont jamais eu lieu, enfin il n'y a pas d'hématocolpos, puisque le col est conique.

ZAIAITZKY. **Dix-huit laparohystérectomies sus-vaginales par le procédé de Schröder.** — Dans tous ces cas l'hystérectomie a été faite pour des affections parfaitement diagnostiquées : 16 fois pour cause de fibromes multiples ou interstitiels, 2 fois à cause des adhérences nombreuses avec les ovaires kystiques chez des femmes vieilles. Sur 18 opérées il y a eu 4 morts et 14 guérisons, mais il faut noter que trois insuccès appartiennent aux cinq premiers cas. Les observations sont relatées en détail dans le n° 23 de la *Revue de médecine*, 1888.

REMISOFF. **Le massage en gynécologie.** — Le rapporteur fait l'exposé de la méthode de Brandt qu'il applique avec quelques modifications de détail et cite l'observation d'un cas particulièrement heureux : prolapsus utérin datant de six ans chez une femme de 62 ans ; après la sixième séance l'utérus réduit se maintient, après la onzième la guérison est complète.

SOLOWIEFF. **Traitement de la présentation frontale.** — Cette présentation de l'extrémité céphalique incomplètement défléchie est justement considérée comme étant l'une des plus fâcheuses. Il est exceptionnel de voir la transformation spontanée en présentation de la face ou du sommet, et c'est le plus souvent à la version qu'on a eu recours dans ces conditions.

Spiegelberg a mis en doute la possibilité de fléchir et de maintenir fléchie la tête que la conformation du bassin force à se redresser, tandis que deux cas observés par le rapporteur montrent la facilité avec laquelle on pourrait quelquefois transformer la présentation frontale en présentation faciale ; dans cette dernière l'accouchement se termine presque toujours spontanément.

1re Obs. — Grossesse à terme, dilatation complète, membranes rompues. Le doigt rencontre d'abord la saillie frontale, à droite la fontanelle antérieure, à gauche la racine du nez ; les progrès du travail engagent et fixent la tête dans cette situation. On arrive alors à accrocher avec le doigt la mâchoire supérieure et à défléchir complètement la tête. Trente-cinq minutes après l'intervention l'accouchement par la face était terminé sans accident.

2e Obs. — Grossesse à terme, léger rétrécissement du bassin, dilatation de 14 millim., présentation du sommet. Au bout de six heures la dilatation est de 8 cent., la tête est engagée, défléchie. La fontanelle antérieure est en avant et à gauche, la racine du nez à droite et en arrière. Une heure après l'engagement n'a pas changé et l'on procède à la déflexion de la tête comme dans le premier cas ; la nouvelle présentation est maintenue pendant 20 minutes, la rotation se fait normalement et l'accouchement spontané est terminé 2 heures 10 minutes plus tard.

Kabaline. **De l'emploi de l'électricité en gynécologie.** — Le traitement par l'électricité appliqué aux corps fibreux de l'utérus suivant la méthode d'Apostoli a donné les résultats suivants : les courants continus n'amènent pas la disparition des tumeurs, ni même une diminution durable. Il y a par contre un amendement rapide et souvent la disparition des accidents tels que douleurs, hémorrhagies, etc. Dix observations.

Warnek. — Les effets cliniques de l'électricité sont fort différents selon qu'on se sert de courants faradiques ou galvaniques, de l'anode ou de la cathode. L'anode vers laquelle se déposent les acides tend à la formation d'une eschare sèche et consécutivement d'une cicatrice rétractile, c'est le pôle hémostatique ; la cathode au contraire est congestionnante, dialytique, favorise la résorption. Aussi importe-t-il de varier le mode d'emploi de l'électricité suivant les maladies et les différentes périodes d'une même affection. Ainsi l'électricisation positive est indiquée au début du traitement des fibromes pour combattre les hémorrhagies, tandis que la destruc-

tion, la résorption de ces mêmes tumeurs est consécutivement obtenue par l'électrolyse négative. De même, dans la première période de la métrite chronique, c'est le pôle positif qui doit amener l'involution de l'utérus, tandis que la dysménorrhée douloureuse de la deuxième phase de la métrite indique l'électrisation négative. 2 observations de ce dernier genre.

GALAKTIONOFF. — 31 cas d'affections gynécologiques traitées par l'électricité. Pour les fibromes de l'utérus le rapporteur a des résultats pareils à ceux de Kabaline. Dans la métrite chronique et les déviations de l'utérus l'amélioration est rapide et sérieuse surtout au point de vue des phénomènes douloureux..

OUSPENSKY. — Quelques observations sur le traitement par l'électricité. Femme de 36 ans, atteinte d'un fibrome intraligamenteux avec pelvipéritonite chronique. A la 3e séance d'électrisation la malade est prise de tremblement (15 éléments, 20 M. A.), à la 10e, petite syncope, accès de sténocardie; on pratique ensuite l'électropuncture avec toutes les précautions antiseptiques, la malade a des frissons, sa température monte à 40° d'une façon passagère. La malade sort très améliorée, mais la tumeur n'a guère diminué.

Chez une autre malade il se développe rapidement une endométrite septique, tandis que le fibrome diminuait à chaque séance, la cavité utérine irrégulière, longue de 16 cent. était difficile à antiseptiser. Enfin 12 cas d'affections inflammatoires chroniques et une grossesse extra-utérine traitées et guéries par l'électrisation.

ZATONSKY. OBS. 1. — Femme de 22 ans, porteuse d'une tumeur fibreuse énorme. Après la 5e électrisation on voit s'éliminer 10-15 masses dures, grisâtres, grosses comme des noisettes et des noix. En 14 jours la tumeur a diminué de moitié, s'est dissociée en trois fibromes distincts et reste stationnaire ensuite. De nouvelles métrorrhagies survenues deux mois plus tard sont arrêtées en trois séances.

OBS. 2. — Femme de 22 ans, se présente avec une métrorrhagie qui dure depuis 3 semaines et des douleurs hypogastriques. Le cul-de-sac gauche est occupé par une tumeur dure, mobile, grosse comme une orange, qui disparaît sans laisser de traces en 8 jours pendant lesquels on a fait neuf électrisations.

OBS. 3. — La malade atteinte de fibromes multiples meurt de septicémie dans le cours du traitement.

OBS. 4 et 5. — Tumeurs fibreuses considérables réduites à l'état

de petites masses insignifiantes : a) 9 séances, un mois ; b) 20 séances 2 mois.

Obs. 6. — Salpingite et paramétrite chroniques donnant lieu à des phénomèmes de compression. Les courants interrompus au début, les courants continus ensuite font disparaître l'exsudat complètement.

Obs. 7. — Antéflexion, paramétrite scléreuse postérieure ; en deux mois l'exsudat diminue beaucoup, l'utérus tend à revenir à sa position anormale.

Noltchini. Obs. 1. — Hematosalpinx ex graviditate extrauterina tubaria. Une seule électropuncture est faite dans la tumeur, écoulement de sang par le vagin que l'on tamponne pendant deux jours. La malade sort au bout de huit jours avec une tumeur du volume d'un œuf, qui ne cause plus aucune gêne.

Obs. 2. — Femme de 34 ans, présente un kyste de l'ovaire droit et un fibrome de l'utérus du volume d'une tête fœtale. Le fibrome traité par l'électropuncture répétée quatre fois est réduit en deux mois au volume d'une petite orange. La malade est ensuite délivrée du kyste par une laparotomie dans le cours de laquelle l'opérateur, le professeur Snéguireff constate l'existence de la petite tumeur fibreuse intraligamenteuse gauche.

W. F. Sneguireff arrive aux conclusions suivantes en se basant sur les travaux de la Société de gynécologie et sur son expérience personnelle : l'anode du courant galvanique est un agent hémostatique de premier ordre, ainsi que l'a établi Apostoli, mais la durée de cette hémostase est variable et indéterminée.

1° Les fibromes restent stationnaires ou diminuent, mais ne disparaissent pas complètement. Il y a eu des cas d'insuccès et d'aggravation des symptômes ; il n'y a pas eu de cas mortels autres que ceux causés par des fautes d'antisepsie.

Il est certain que les fibromes si différents par leur situation, leur plus ou moins grande richesse en vaisseaux, leur dégénération ne sont pas tous justiciables du traitement électrique. Les tumeurs interstitielles sont celles qui cèdent le mieux aux courants continus sans piqûre. Quand elles se présentent sous forme de dégénérescence fibreuse de l'utérus, les fibromes étant dépourvus de capsules, on se sert avantageusement du courant faradique qui provoque des contractions énergiques de l'organe. Sous-séreux et intraligamenteux les fibromes sont traités par l'électropuncture négative

durant 5-10 minutes avec un courant de 100-250 M. A.; la tumeur se ratatine, se condense et descend dans le bassin, au point de troubler parfois la miction. L'électropuncture est inoffensive. Quant à la dégénérescence kystique comme conséquence de l'électrolyse, ainsi que l'ont dit Gehrung et Van de Warker le fait est admissible à priori; en tout cas le fibrome kystique ne devrait pas être soumis à ce traitement.

2° Les déviations et déplacements de l'utérus sont traités avec succès par les courants galvaniques et surtout faradiques ainsi que l'ont établi Lopthorn Smith et Fry, ce dernier pour les malformations, atrésies congénitales.

3° Parmi les affections inflammatoires l'auteur a eu le plus de succès dans le traitement de la paramétrite et de l'hydrosalpinx; l'électrolyse fait disparaître en peu de temps des exsudats déjà anciens. Dans un cas l'hydrosalpinx avait été constaté dans le cours d'une laparotomie, mais la poche une fois vidée fut laissée en place à cause des adhérences nombreuses et des gros vaisseaux voisins; deux mois plus tard l'hydrosalpinx était revenu; il disparut et cette fois définitivement après une seule électropuncture.

4° Troubles fonctionnels. L'application du pôle positif dans la ménorrhagie, du pôle négatif dans l'aménorrhée est un moyen sûr et puissant. L'électrisation vaginale bipolaire combat rapidement, en quelques séances, les phénomènes douloureux tels qu'oophoralgie, vaginisme; enfin l'auteur a souvent vu le prurit vulvaire disparaître en trois ou quatre électrisations.

Sept cas de grossesse tubaire traités par l'électropuncture ont guéri et sans accidents. L'électropuncture est faite tous les huit ou quinze jours avec une force de 40 à 60 M. A. Les malades ne supportent pas de courant plus intense sans chloroforme.

M. WILBOUSCHEVITCH

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

Novembre et décembre 1889.

6 *novembre*. — M. TERRILLON fait une communication sur la **trépanation de l'os iliaque** pour évacuer les collections purulentes du bassin. Après avoir rappelé que plusieurs auteurs ont conseillé d'échancrer la crête iliaque pour permettre un libre drainage, M. Ter-

rillon dit qu'il a cherché à agir d'une manière analogue pour les abcès qui descendent au-dessous du détroit supérieur. Pour ceux-là, en effet, il est assez fréquent que les débridements classiques ne puissent pas suffire à tarir une suppuration entretenue par un bas-fond inaccessible où stagnent les sécrétions. Deux fois, M. Terrillon a eu à traiter des sujets qui portaient ainsi des fistules inguinales interminables, dont l'une était probablement d'origine osseuse. Il a mis l'os iliaque à nu en arrière du grand trochanter, l'a perforé, est arrivé au-dessous du détroit supérieur, a drainé la poche par son point le plus déclive et les malades ont guéri.

M. Kirmisson conteste qu'avec les points de repère donnés par M. Terrillon on arrive au-dessous du détroit supérieur. Il déclare d'ailleurs que cette trépanation est une excellente opération et il vient d'obtenir par elle une amélioration remarquable pour un abcès pelvien de coxalgie. Il rappelle à ce sujet un travail récent de Rinne (de Greifwald).

M. Bouilly a réséqué un large fragment de l'os coxal pour évacuer une collection stagnante, l'observation a été publiée par Petitot (Thèse Paris, 1883). Il insiste sur la différence de pronostic des abcès iliaques selon leur nature : non tuberculeux ils guérissent aisément, et, si on opère de bonne heure, la trépanation est en général inutile ; tuberculeux, il sont rebelles à peu près à toutes les thérapeutiques.

M. Desprès a trépané l'os iliaque en 1878 à un blessé de 1870 auquel, en 1874, M. Le Dentu avait extrait une balle et qui ensuite avait eu une récidive, après une longue période de cicatrisation, mais cette opération n'est pas neuve : elle est indiquée par Ledran.

M. Terrillon dit qu'il a trépané dans un point où l'opération n'est pas classique et il maintient, contre M. Kirmisson, que le trou aboutit au-dessous du détroit inférieur.

M. Polaillon fait connaître deux procédés pour **restaurer l'urèthre chez la femme** : 1° fistule rebelle à toute une série d'interventions. M. Polaillon, à l'aide de deux incisions transversales a mobilisé un pont de muqueuse sur la paroi supérieure de l'urèthre juste au-dessus de la fistule. Ce pont ayant été abaissé et suturé aux bords avivés de la fistule, sa muqueuse faisait dès lors partie de la paroi vaginale et au-dessus de lui, entre lui et les tissus d'où on venait de le séparer par dissection, il existait un canal qui se cicatrisa autour d'une sonde à demeure ; 2° absence congénitale de

toute la paroi inférieure. Restauration en suturant sur la ligne médiane la lame interne des petites lèvres dédoublées.

21 *novembre*. — M. Assaky propose de pratiquer l'**hystéropexie** sans laparotomie, en prenant avec une aiguille courbe l'utérus appliqué par la pesanteur au-dessus du pubis, le bassin étant surélevé et renversé, dans la position préconisée par Frendelenburg pour la taille hypogastrique. Mais dans l'opération de M. Assaky une anse intestinale interposée a été reconnue par la percussion et il a fallu, pour l'écarter, recommencer la manœuvre. Aussi MM. *Pozzi et Terrier* s'élèvent-ils contre cette méthode, qui d'ailleurs n'est pas neuve, ainsi qu'il appert de la thèse de Dumoret (1).

28 *novembre*. — A propos de cette communication, M. Roux (de Lausanne) adresse une observation où il a constaté, après avoir ouvert le ventre, qu'il y avait une anse intestinale en avant de l'utérus, bien qu'avant l'opération, et jusqu'à l'ouverture du péritoine, il ait cru pouvoir exclure cette idée, si bien qu'il avait failli recourir à l'hystéropexie sans laparotomie. Il condamne donc cette opération.

11 *décembre*. — M. Richelot fait une communication sur le *traitement des rétro-déviations utérines par l'hystéropexie vaginale* (voyez *Annales*).

M. Pozzi fait remarquer que la traction a pour point d'appui le périnée ; mais n'est-ce pas le sable mouvant que le périnée en général flasque des femmes à rétro-déviation ? Et comme l'on sait que l'amputation du col et le curage ont par eux-mêmes d'excellents effets, il ne faut pas trop proclamer les bienfaits de la suture de Nicoletis.

M. Quénu insiste sur cette manière de voir.

M. Championnière ajoute que toutes les interventions sanglantes que l'on a préconisées ont des effets favorables, mais temporaires. Elles agissent comme une saignée, et Chapman a bien démontré que la congestion utérine joue un rôle dans les accidents des déviations. Mais il faut suivre ces malades. La cause première de leurs souffrances est tout autre, elle réside, en général, dans des lésions des annexes. Aussi voit-on ces souffrances récidiver d'habitude, même après la laparohystéropexie, et le seul remède est alors dans l'ablation des annexes malades.

(1) Conçue théoriquement en 1882 par Laneva, cette méthode n'a toutefois jamais été employée par lui. (Dumoret, p. 21.)

M. Bouilly trouve exagérées les assertions de M. Championnière. Dire que n'importe quel acte sanglant amène des soulagements, c'est donner raison à la chirurgie empirique ; on n'améliore, on ne guérit les malades que si on pose un diagnostic exact et complet. Oui, les lésions des annexes sont fréquentes ; il faut les diagnostiquer, et si elles existent s'attaquer à elles. Mais aussi il y a des déviations qui sont, en soi, la cause des accidents. Alors le redressement peut, à lui seul, donner une cure complète instantanée. En particulier, il y a des rétroflexions pures, fort gênantes, que la pose d'un pessaire de Hodge pendant plusieurs mois, après redressement à l'hystéromètre, peut guérir définitivement (1).

M. Tillaux résume une observation de rétroflexion accidentelle et instantanée, guérie par le redressement immédiat (voir *Annales*, décembre 1889, p. 405).

M. Trélat, après avoir rappelé que les discussions sur le rôle des déviations dans les douleurs pelviennes sont loin d'être récentes, affirme que les éléments dont il faut tenir compte sont multiples, qu'en particulier la métrite est importante parmi ces éléments. Mais souvent une flexion cause la métrite d'un utérus qui se vide mal ; sous peine de récidive il faut après curage redresser ces utérus. Quelle est alors la meilleure opération ? C'est une question de faits que le temps jugera. A priori, M. Trélat n'a pas trop confiance dans la suture de Nicoletis.

M. Richelot répond qu'on lui a fait des objections théoriques. L'avenir seul prouvera si elles sont ou non fondées. Mais la suture de Nicoletis n'est pas bien compliquée et elle ne peut guère qu'améliorer les résultats, déjà bons, que fournit l'amputation sus-vaginale.

18 *décembre*. — M. Pozzi présente un myôme utérin pesant 15 livres. La pédiculisation de cette énorme masse fut très laborieuse. Une large rupture fut faite à la vessie. Elle fut suturée et la malade depuis six jours se porte parfaitement bien. Sa température n'a pas dépassé 37°,7.

---

(1) Voir dans les *Annales* le travail de Schultze, *Mode d'emploi et avantages des pessaires à anneau en celluloïde*, décembre 1889, p. 400.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 décembre 1889.

CHARPENTIER.—Rapport sur un mémoire de M. le Dr A. Herrgott, concernant un **cas de rétention fœtale chez une femme** arrivée à terme (1).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 12 décembre 1889.

Renouvellemènt du bureau : élections.

Président : M. Dumontpallier.
1er vice-président : M. Charpentier.
2e vice-président : H. Lucas-Championnière.
Secrétaire-général : M. Porak.
Trésorier-archiviste : M. Verrier.
1er secrétaire annuel : M. Greslou.
2e secrétaire annuel : M. Jouin.

A la suite de rapports de M. Porak, sont nommés : M. A. Cordes (Genève), membre correspondant national ; MM. Bétrix et Narich, membres correspondants étrangers.

CHARPENTIER. **A propos d'un cas de mort rapide après l'accouchement.** — Femme âgée de 28 ans, Vipare ; les 5 accouchements antérieurs normaux quoique laborieux. Elle a perdu une sœur, morte à 28 ans d'une *embolie* cérébrale. Grossesse actuelle normale, sauf quelques accidents congestifs du côté de la poitrine, du côté du bassin, et une somnolence prolongée après les repas. Le 23 octobre perte prématurée des eaux, écoulement qui continue le 24 et le 25 sans apparition de contractions. Le 25, à 6 heures du soir, début du travail. Mais, le travail marche d'une manière irrégulière. Le 26 à 5 heures 1/4 du matin ***douleur extrêmement vive suivie d'un état syncopal et de la diminution des contractions,*** *mais sanc cessation complète*. A partir de ce moment, l'état de la parturiente s'aggrave d'une façon tout à fait inquiétante. M. Charpentier la trouve dans l'état suivant : cyanose généralisée, respiration extrêmement courte et fréquente. Pouls insensible, les extré-

---

(1) Vid. in *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, décembre 1889, p. 412.

mités froides et glacées. État syncopal, presque continu. La malade est pour ainsi dire mourante.

Le ventre est endolori, l'utérus se contracte faiblement, les doubles battements fœtaux sont imperceptibles. *Bassin normal*. Le col, gros, volumineux, forme autour de la tête fœtale un bourrelet épais, parfaitement circulaire et intact dans sa continuité. A droite, on constate une encoche qui s'arrête au niveau du bourrelet. La dilatation n'est pas complète, mais le bourrelet cervical se laisse facilement déprimer. L'état critique de la malade exige une terminaison prompte de l'accouchement. On applique le forceps, mais, malgré des tractions énergiques et réitérées, la tête n'arrive pas à franchir le col, on fait alors la perforation avec le perforateur de Blot et l'on applique le céphalotribe de Bailly. Mais la tête fuit lors de l'introduction de la 2e branche. M. Charpentier réussit enfin à extraire assez facilement par la version, l'enfant qui est volumineux, mais dont la tête ne dépasse pas les proportions ordinaires. Délivrance spontanée, 15 minutes après. Pas d'hémorrhagie. Cependant, malgré les injections d'éther, la femme succombe à midi. Charpentier croit devoir attribuer la mort à une *embolie*.

Discussion : PAJOT, s'étonne que, le bassin étant bien conformé, on n'ait pas réussi à extraire la tête. Il a vu le col utérin être entraîné jusqu'à la vulve, et il dut le soutenir pour permettre l'extraction de la tête. Il a appliqué le forceps dans deux cas de cancer du col et la tête put passer. Il demande quel forceps on a employé. CHARPENTIER s'est servi du forceps classique. Il a vu un cas analogue avec M. Tarnier : M. Tarnier appliqua deux fois le forceps mais sans succès ; il fallut recourir au céphalotribe ; la difficulté de l'extraction d'après M. Tarnier serait due à l'absence de contractions du segment inférieur de l'utérus, la tête entraîne le segment inférieur de l'utérus et ne sort pas. LOVIOT insiste également sur le rôle qu'il convient d'accorder à l'absence relative des contractions, non seulement du segment inférieur, mais du segment supérieur. PAJOT déclare qu'il a bien souvent noté l'absence complète des contractions, ce qui n'empêcha pas l'extraction facile de la tête.

LOVIOT. **Manœuvres obstétricales. Faits cliniques.** — Ces faits viennent à l'appui de différentes manœuvres préconisées par l'auteur.

A) *Réduction manuelle suivie ou non d'application de forceps dans les variétés postérieures.*

1er *fait.* — X..., 22 ans, IIpare (un avortement de 2-3 mois). 2e grossesse à terme. Dilatation complète, OIDP qui, malgré l'énergie des contractions, ne tourne pas. Loviot introduit la main dans le vagin, 4 doigts en arrière de la tête, le pouce en avant, et essaie, avec succès, de la mobiliser en avant. Il applique ensuite le forceps, mais n'est satisfait de la saisie de la tête qu'à la 3e application.

Alors, extraction facile d'une fille, pesant de 6 livres 1/2 à 7 livres, bien vivante. Suites de couches normales.

2e *fait.* — X..., primipare, à terme, en travail. Dilatation complète, tête engagée. La suture sagittale dessine le diamètre oblique droit. *diagnostic :* OIGP. Tentatives de réduction manuelles peu heureuses. Application de forceps et dégagement en OS. La tête extraite, tourne *à droite*. En somme, il s'agissait d'une OIDP ; l'extrémité céphalique avait tourné en arrière et dépassé le sacrum, rotation que les épaules n'avaient pas suivie. L'enfant pesait 9 livres.

B) *Version par manœuvres vagino-abdominales sous le chloroforme pendant la grossesse dans les présentations du siège engagé.*

1er *fait.* — Siège décomplété (fesses seules), profondément engagé dans un bassin un peu rétréci chez une primipare. Rétropulsion par manœuvres vagino-abdominales et version céphalique au 8e mois de la grossesse sous le chloroforme. Accouchement à terme en présentation du sommet. Application de forceps en raison d'un certain degré d'inertie utéro-abdominale ; enfant vivant, du poids de 5 livres.

2e *fait.* — Présentation pelvienne diagnostiquée au 8e mois, chez une femme dont le bassin était normal. La version sous le chloroforme fut refusée. Cet enfant mourut au cours de l'accouchement.

C) *Version dite brusquée.* — La méthode appliquée par l'auteur, concerne les dorso-postérieures. Et il l'a résumée dans la formule suivante : a) *pieds à droite, main droite. Décubitus latéral gauche ;* b) *pieds à gauche, main gauche, décubitus latéral droit.*

Observation. — X..., 34 ans, VIpare. Grossesse à terme. Début du travail et rupture des membranes depuis la veille. Dilatation complète. Une main à la vulve. Diagnostic : *présentation de l'épaule droite, dos en arrière.* Un lacs ayant été placé sur le bras procident, la femme chloroformisée, et placée en position obstétricale,

Loviot essaie une première tentative de version par le procédé classique; il introduit la main droite avec l'intention de passer en arrière du siège, de contourner celui-ci et d'arriver sur les pieds. Mais il ne réussit pas, en raison de la rétraction de l'utérus, à insinuer la main entre la paroi utérine et le plan postérieur du fœtus. C'est alors qu'il eut recours à sa méthode. La parturiente fut placée dans le décubitus latéral droit, et l'opérateur introduisit la main gauche, dans une situation intermédiaire à la supination et la pronation, la paume de la main regardant les pieds. Saisie assez facile d'un pied qui fut amené au dehors; replacement de la femme dans la potition obstétricale, et terminaison de la version. Extraction d'un enfant, qui vint très étonné, mais qui 25 minutes après était complètement ranimé. Délivrance normale.

R. L.

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Séance du 20 *octobre* 1889.

C. Jacobs. **Rétroflexion utérine adhérente, salpingite double, occlusion intestinale.** — La malade avait été 4 ans auparavant guérie d'une fistule recto-vaginale par l'oblitération complète du vagin en deçà de la fistule. Cette dernière, se rétrécissant peu à peu, livra de plus en plus difficilement passage aux menstrues. Il y eut rétention de ces dernières, inflammation utérine consécutive, propagation aux trompes, le tout compliqué de rétroflexion de la matrice.

La salpingectomie fut suivie d'accidents d'occlusion intestinale avec vomissements fécaloïdes à la fin du 2e jour.

Réouverture du ventre. On trouve l'S iliaque adhérant aux ligatures du ligament large droit et coudé à ce niveau. Libération de l'S iliaque; guérison.

Rochet. **Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine.** — Etude de la grossesse extra-utérine successivement à 4 périodes : 1° au début, soit avant la rupture pour les grossesses tubaires; 2° au moment de la rupture; 3° après la rupture, comprenant la grossesse sous-péritonéo-pelvienne et la grossesse abdominale secondaire; 4° à une période tardive alors que la grossesse abdominale ancienne a subi des transformations diverses.

Walton, dans le but d'éviter les hémorrhagies qui, dans les opérations, résultent soit du placenta, soit des parois du sac, conseille de faire, avant la laparotomie et par la voie vaginale, la ligature des artères utérines ; le ventre ouvert, il pense qu'il est également utile de chercher à jeter des ligatures perdues sur les deux artères ovariennes avant d'opérer le kyste.

Fraipont insiste sur les difficultés que l'on rencontre quelquefois dans le diagnostic des grossesses extra-utérines. Aussi dans les premiers mois, pour peu qu'on ait des présomptions de grossesse extra-utérine, on doit faire la laparotomie et extirper le kyste. C'est encore la seule voie à suivre quand éclatent des accidents qui font penser à la rupture du sac fœtal. Dès que la grossesse est entrée dans sa seconde moitié, les dangers de rupture du sac étant beaucoup moins considérables, il faut attendre, à moins d'accidents. L'idéal est d'opérer à la fin de la gestation, alors que l'enfant est vivant. Le seul danger est l'hémorrhagie dont on peut facilement se rendre maître, et il semble inutile d'attendre, pendant 3, 4 mois, que la circulation placentaire ait cessé. En tous cas l'incision sur la ligne blanche semble de beaucoup supérieure à l'incision par le vagin.

Dorff rappelle, à l'appui de cette opinion, une opération de Kaltenbach à laquelle il a assisté et où le fœtus fut extrait par une incision vaginale. Tout se passa bien pendant les premiers temps, mais le 9e jour se développa une péritonite qui emporta la malade. Le fait s'explique par la difficulté qu'il y a à obtenir par le vagin l'antiseptie d'une poche semblable à celle des grossesses extra-utérines.

Max. — **Table de cabinet de médecine.**

REVUE ANALYTIQUE

I. — RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA PÉRITONITE

De la question de l'étiologie de la péritonite aiguë. (Zur Frage der Aetiologie der Akuten Peritonitis), Athanasius Solowjeff. *Cent. f. Gyn.*, 1889, nº 3.

On sait fort peu de chose, quant à l'étiologie de la péritonite

aiguë, surtout si l'on se place au point de vue bactériologique. Les recherches faites visent pour la plupart les formes suppurées de la péritonite puerpérale. Et cependant, il se rencontre des inflammations péritonéales aiguës qui, même à la nécropsie, n'offrent aucune sorte d'altérations anatomo-pathologiques. Pawlowsky, en inoculant à des animaux des quantités considérables de *staphylococcus pyogenes aureus* et de *bacilles pyocyaniques* a déterminé de ces variétés de péritonites, qu'il classe sous la rubrique de « *péritonite mycosique* ». Or, Solowjeff pense qu'il survient, dans l'espèce humaine, des affections péritonéales de cette nature, bien que, jusqu'à l'heure présente, leur existence n'ait pas été démontrée par les recherches bactériologiques. Il relate, à l'appui de sa manière de voir, l'observation d'une femme morte, le 9me jour, après une myomotomie avec traitement extra-péritonéal du pédicule, et chez laquelle les phénomènes cliniques observés après l'opération ne permirent pas de préciser, d'une manière nette, la vraie cause de la mort. De même, les constatations nécropsiques ne furent pas plus explicites à cet égard. Voici ce qu'on releva du côté du ventre : abdomen non distendu, flasque. Sur la ligne médiane, 2 doigts au-dessous de l'ombilic et se prolongeant vers la symphyse, une incision longue de 15 centim. dont les bords étaient coaptés par des sutures de soie ; il y avait eu réunion par première intention. Dans l'angle inférieur de la plaie, un moignon de forme ovalaire, d'un diamètre de 11 centim., serré par trois cordons élastiques. Au niveau de la moitié inférieure de la plaie abdominale, le péritoine pariétal émanait des cordons fibrineux, de nouvelle formation, qui le reliaient à l'iléum. Dans le tissu cellulaire de l'espace de Douglas, des extravasations punctiformes.

Or, Solowjeff ayant ensemencé des substances recueillies dans le péritoine avec toutes les précautions d'usage, il eut des résultats positifs et de plus, par la culture sur plaques, il isola : *a*) des streptocoques, et *b*) des bacilles fins non pathogènes. Il en conclut qu'on a eu sans doute affaire à une « *péritonite mycosique* », et qu'elle a été la vraie cause de la mort.

Pourtant, cette interprétation comporte quelques réserves. Car, une infection qui ne laisse pas d'altérations anatomo-pathologiques a d'ordinaire une marche suraiguë. Les animaux, inoculés par Pawlowsky, et qui mouraient de « péritonite mycosique », succombaient au bout d'un jour. Or, chez la femme dont il s'agit, la mala-

die aurait duré de 3 à 4 jours et sans laisser de traces! Seulement, Pawlowsky employait pour ses inoculations des microbes pyogènes. Quant au streptococcus, on sait que sa pénétration dans l'organisme, y produit soit la suppuration, soit une inflammation érysipélateuse! S'agit-il d'un même organisme, ou de produits modifiés d'une même espèce de microbe? A ce sujet, l'auteur déclare que, ni au moyen du microscope ni par le mode de développement des cultures, il n'a réussi à dégager aucun signe différentiel entre ce streptococcus provenant de la femme morte et le streptocoque pyogène commun.

Les essais, quant à la virulence de ce streptococcus, donnèrent les résultats suivants : une première souris, blanche, est inoculée sous la peau avec une culture de streptococcus de 7 jours (contenu d'une seringue de Pravaz); *résultats* : rougeur légère dans le voisinage de la piqûre, le 1er jour; pas de formation d'abcès. 2e souris inoculée de la même manière, avec une culture de 2 jours, pas de résultats. On inocula un lapin à l'oreille avec une culture de 2 jours; le jour suivant l'oreille se tuméfie, s'hyperhémie vivement, est chaude. Le lendemain la rougeur s'étend jusqu'à la base de l'oreille; mais les choses ne vont pas plus loin; une semaine après la tumeur a disparu, et le lapin se rétablit. On injecte à un autre lapin, dans le péritoine, 3 c. c. d'une culture dans le bouillon de streptococcus, de 2 jours. Le jour suivant, l'animal est abattu, l'abattement augmente de plus en plus, et la mort survient le 6e jour. A l'autopsie, *le péritoine parait normal et transparent*. De plus, les ensemencements faits avec des liquides du péritoine, fournissent des cultures abondantes de streptococcus. En résumé, ce streptococcus n'amena pas non plus chez les animaux, de suppuration, même chez le lapin qui mourut le 6e jour. Il est donc probable qu'il s'agit du streptococcus de l'érysipèle, opinion en faveur de laquelles milite l'échec des inoculations chez les souris blanches, lesquelles sont, comme on le sait, indifférentes à l'action de ce microorganisme. Toutefois, l'auteur déclare qu'il laisse indécise la question de l'identité ou de la différence des deux streptococcus.

R. L.

Recherches expérimentales sur la péritonite. (Experimentelles über Peritonitis), par Orth, *Centralbl. f. Chir.*, 30 novembre 1889, p. 849.

En présence des assertions contradictoires de Grawitz et de

Pawlowsky relativement à la réaction du péritoine à la suite de l'injection de *cocci* pyogènes, Orth a entrepris une série d'expériences qui l'ont amené à confirmer les travaux de Grawitz. On peut injecter, sans rien déterminer, dans la cavité péritonéale de chiens, de chats, de cobayes et de rats, jusqu'à 10 c. c. d'une dilution de *staphylococcus pyogenes aureus* ou de *streptococcus pyogenes;* de même l'injection de 8 c. c. d'une dilution de microbes pyogènes dans l'urine ou de 2 c. c. de sang frais mélangé de 1 c. c. d'une dilution de staphylocoques (un pois de culture dans agar pour 30 c c. d'eau) ne produit aucune lésion du péritoine.

Ces faits s'expliquent par le pouvoir de résorption du péritoine. Les résultats sont, en effet, tout autres lorsqu'on injecte des matières infectieuses non résorbables ou lentement résorbables; la même quantité de micro-organismes suffit alors pour déterminer l'éclosion d'une péritonite. Celle-ci apparaît après injection d'une culture dans l'agar ou dans la gélatine, après injection de 15 à 20 c. c. de sang frais infectieux. Les caillots, que l'on retrouve encore en partie au bout de 3 jours, favorisent par leur masse le développement de la péritonite; il semble de plus qu'ils agissent non seulement comme substance non résorbable, mais aussi comme matière jouissant d'une propriété chimique spéciale (fibrinferment ?).

On peut du reste retirer du pus des abcès et des liquides péritonitiques une substance chimique dont l'injection, même en petite quantité, produit régulièrement la péritonite; de même l'injection d'urine ammoniacale, avec ou sans staphylocoques, provoque invariablement une péritonite mortelle.

L'existence de lésions péritonéales favorise l'action des micro-organismes : chez des animaux ascitiques, il suffit de l'introduction d'un c. c. d'une dissolution de staphylocoques pour provoquer une péritonite mortelle en 3 ou 4 jours.

De même l'injection de 5 c. c. d'une dissolution de staphylocoques produit régulièrement une péritonite mortelle quand elle est consécutive à une lésion traumatique ou chimique du tissu péritonéal (excision d'un petit morceau de mésentère, par exemple, ou cautérisation d'un point avec la térébenthine).

Dans une série d'expériences Orth a étudié la conséquence d'un trouble de circulation partielle. Pour simuler les phénomènes de l'obstruction intestinale dans les hernies, il plaça une ligature

sur l'intestin pendant quelques heures. Une ligature de 4 à 6 heures ne causa aucun dommage ; par contre, une ligature d'une durée de 3 h. 1/4 à 5 heures avec injection consécutive dans le péritoine d'une dissolution de *staphylococcus*, provoqua une péritonite mortelle.

La mort vient au bout de 24 heures si on injecte 4 gouttes d'une dissolution de *staphylococcus* dans une veine de l'oreille, même si la durée de la ligature n'a été que de 2 ou 4 heures.

Les *streptococcus* agissent plus lentement.

Un animal, auquel on avait lié l'intestin pendant 2 heures eut le fémur cassé ; la plaie de fracture fut infectée avec des *staphylococcus* et l'animal mourut au bout de 36 heures de péritonite généralisée.

L'injection sous-cutanée de *staphylococcus* peut aussi produire une péritonite mortelle, mais seulement après une longue obstruction intestinale et par l'emploi d'une quantité relativement grande de dissolution.

Ces diverses expériences suffisent à établir que, non seulement l'introduction directe des micro-organismes dans la cavité péritonéale, mais aussi la pénétration directe et même indirecte dans le sang peuvent produire une péritonite mortelle s'il y a une lésion locale prédisposant au développement de phénomènes inflammatoires.

P. Caboche.

II. — CHIRURGIE ABDOMINALE

Trois laparotomies. — Lavage de la cavité péritonéale avec du sublimé, par Gellé. — *Annali di ostetricia e ginecologia.* Firenze. juin 1889. T. XI, p. 277.

1re Observation. — Kyste de l'ovaire enlevé très facilement. Néanmoins on fit un grand lavage de la cavité péritonéale avec une solution chaude de sublimé au 1/10000. Le soir même de l'opération la malade ressentit de violentes douleurs abdominales ; pendant la nuit elle eut des vomissements très douloureux. Le lendemain matin elle eut une éruption scarlatiniforme à la face, au tronc et aux bras. Rien d'anormal du côté de la muqueuse buccale ; la température et le pouls étaient normaux. Tous les accidents disparurent le 3e jour.

2e OBSERVATION. — Kyste dermoïde de l'ovaire fortement adhérent à la paroi abdominale antérieure. Les parois furent suturées aux lèvres de la plaie abdominale, après avoir lavé la cavité péritonéale avec du sublimé au 1/10000. Le liquide en excès fut enlevé avec du coton et de la gaze au sublimé. La malade alla bien pendant 24 heures et elle eut à peine quelques vomissements, mais elle fut bientôt épuisée par la diarrhée et mourut 52 jours après l'opération.

A l'autopsie, foie gros, léger degré de néphrite interstitielle, cœur petit.

3e OBSERVATION. — Kystes du parovarium. Le lavage de la cavité péritonéale fut fait comme ci-dessus. Pendant toute la nuit la malade eut de nombreux vomissements qui durèrent encore le jour suivant, puis les accidents disparurent et la guérison fut complète au bout de 14 jours.

MAUCLAIRE.

Drainage du péritoine dans les laparotomies (Ueber Drainage der Bauchhöhle bei Laparotomien), par S. LANDE. *Archiv. f. Gynæk.*, vol. XXXVI, 3e fasc., p. 460, 1889.

Le mémoire de Lande est consacré à exposer et à défendre la pratique de Sänger. Après un historique qui montre comment sous l'influence des progrès de l'antisepsie, l'emploi du drainage a été peu à peu restreint à des cas spéciaux, l'auteur étudie les divers procédés usités pour évacuer les sécrétions intra-péritonéales et il les classe de la manière suivante : 1o Evacuation par la position du malade ; 2o évacuation par un orifice artificiel fait au fond du bassin ; 3o drainage par la plaie abdominale.

1o Position de l'opérée. Décubitus latéral ou abdominal : les malades ne peuvent généralement pas le supporter.

2o Drainage par le cul-de-sac de Douglas. Lande lui fait les reproches suivants. Son exécution est difficile et quelquefois dangereuse. Le cul-de-sac de Douglas n'est pas toujours le point le plus déclive du péritoine. L'infection peut se faire par le vagin. En somme le drainage par le vagin ne doit être employé que dans les cas où l'opération elle-même a été faite par le vagin.

3o Drainage par la plaie abdominale avec adjonction de la force capillaire ou du pansement compressif. Le tube de verre est le meilleur de tous parce qu'il est incompressible, mais il est insuffisant quand il faut lutter contre la pesanteur. Pour triompher de

cette dernière, on a eu recours à l'aspiration et à la capillarité. C'est la capillarité qui donne les meilleurs résultats. Sänger emploie la gaze iodoformée sèche. Mais la gaze iodoformée se mouille rapidement. Une fois imbibée, elle fonctionne mal ; il faut la changer ; or cela présente des difficultés, l'orifice s'est rétréci ; on est obligé d'enlever des points de suture, il peut se produire des hémorrhagies. Aussi la simple gaze excellente pour le tamponnement abdominal est insuffisante pour le drainage véritable.

Pour éviter ces inconvénients tout en utilisant la force capillaire, il suffit de mettre la gaze dans un tube. Sänger emploie un drain de verre courbe de 12 à 35 cent. de long, de 1 cent. de diamètre, pourvu d'orifices latéraux, qui ne doivent pas mesurer plus d'un millimètre.

Ce drain est placé dans la cavité de Douglas, mais il n'est pas nécessaire qu'il aille jusqu'au fond. Dans quelques cas, on peut mettre deux drains. Le premier pansement reste 24 heures, le second peut rester 48 heures. On n'enlève généralement pas le drain avant le 6e ou le 8e jour.

Ce tamponnement abdominal est indiqué dans tous les cas d'hémorrhagie parenchymateuse dont on ne peut triompher autrement.

Le drainage proprement dit est indiqué dans les cas où les sécrétions péritonéales sont modifiées qualitativement ou quantitativement, dans les cas où le péritoine est souillé ; dans les cas de lésions inflammatoires, infectieuses ou traumatiques du péritoine liées à un état général défavorable.

Sänger sur 200 laparotomies pratiquées de 1881 à 1889 a pratiqué 17 fois le drainage soit dans 8,5 0/0 des cas (8, ovariotomies, 4 myomectomies, 1 salpingo-oophorectomie, rupture complète de l'utérus, 1 grossesse tubo-abdominale, 1 fibrome de la paroi abdominale, 1 péritonite chronique). Les 17 observations sont données. Sept malades ont succombé (septicémie 3, anémie aiguë, collapsus, dégénérescence du cœur 4).

P. Delbet.

Causes de la mort après la laparotomie. (Ueber Todesursachen nach Laparotomien), par Otto Von Herff. *Berl. klin. Woch.*, 1889, n° 50, p. 1080.

L'auteur laisse complètement de côté la mort par infection septique et il s'occupe seulement des morts rapides, sans péritonite,

que souvent on englobe toutes sous la rubrique de choc traumatique. La mort relève du cœur, du poumon, du rein. L'insuffisance cardiaque a souvent pour origine la prolongation de la chloroformisation et l'emploi des doses trop fortes de cet anesthésique. Il se produit ainsi une véritable intoxication, avec dégénérescence graisseuse aiguë des viscères, du cœur en particulier, surtout si le cœur est déjà atteint antérieurement. De là l'utilité d'administrer au malade avant l'opération de la morphine et de l'atropine pour permettre de donner moins de chloroforme. Les bronchopneumonies sont expliquées par certains auteurs, par Zweifel surtout, par l'action irritante du chloroforme, et surtout lorsqu'on opère à la lumière du gaz, car il se produit alors par combustion des vapeurs très irritantes. Von Herff ne croit guère à cette opinion ; pour lui ces bronchopneumonie sont infectieuses, par déglutition des mucosités naso-buccales. Il est donc fort important de désinfecter avec soin ces régions. Le troisième danger, enfin, vient des reins et là la mort subite s'observe surtout lorsque ces viscères sont malades à l'avance. Comme pour le cœur, il s'agit alors des modifications aiguës, dégénératives, d'ordre toxique, dues à la fois au chloroforme et aux antiseptiques. Si donc un malade est atteint d'une lésion rénale, l'acte chirurgical est permis s'il s'agit d'une opération d'urgence, ou si la lésion rénale n'est pas trop avancée ; et dans ces conditions : 1° on aura recours à l'éther pour l'anesthésie ; 2° on évitera avec soin l'emploi du sublimé. A. BROCA.

238 cas d'ovariotomies complètes, remarques sur cette opération. (Table of 238 cases of completed ovariotomy, 163 to 400 inclusive, with remarks), par GEO GRANVILLE BANTOCK, *British gynæc. Journ.* Lond., 1889-1890, T. V, p. 343.

Bantock a complètement abandonné aujourd'hui l'usage des antiseptiques ; la stérilisation des instruments destinée à assurer leur asepsie lui semble une complication inutile ; la simple propreté suffit, grâce à elle seule il n'a eu pour sa quatrième centaine d'ovariotomies que 4 morts, alors que dans la première centaine, à une époque où il employait la méthode de Lister, il avait eu 19 morts. Sa pratique s'est, dans ces dernières années, modifiée pour certains points :

Depuis novembre 1884, il a recours au lavage du péritoine à

l'eau chaude. Ce lavage est utile après l'ablation des grosses tumeurs ; il permet de chasser de l'excavation pelvienne l'air qui peut s'y trouver ; on doit y recourir dans les cas de tumeurs colloïdes rompues, de vascularisation péritonéale. Pratiqué dans plus de la moitié des cas, il n'á jamais déterminé d'accidents ; la seule précaution à prendre est de n'employer que de l'eau simple ou tout au plus de l'eau salée sous peine d'exposer la malade à des phénomènes d'intoxication, comme cela est arrivé avec l'acide phénique dans un cas de Polaillon.

Depuis le 25 novembre 1875, Bantock a complètement abandonnée le clamp et se sert exclusivement de la ligature. Ayant perdu sa 19e opérée par suite du glissement du bord externe de sa ligature sur le pli correspondant du péritoine, il a soin de commencer par lier séparément cette partie latérale du pédicule, puis transfixe le reste pour placer les ligatures principales.

Depuis 1885, il n'a plus recours aux opiacés ; la douleur n'est pas telle que la malade ne puisse la supporter et l'opium est plus funeste qu'utile. L. Tait l'a, du reste, aussi abandonné. Une diète de 24 et quelques heures, aidée d'une compression élastique douce, assure le repos de l'intestin.

Le meilleur traitement des vomissements et des nausées consiste à maintenir l'estomac au repos en n'y introduisant absolument rien. S'il y a des efforts considérables de vomissement n'arrivant qu'à évacuer incomplètement une petite quantité de mucus aqueux, quelques onces d'eau chaude suffiront pour vider l'estomac et faire cesser les accidents. La même pratique convient lors de vomissements bilieux jaunâtres ; au contraire, lorsque la coloration grise des vomissements indiquera que la bile a déjà fait un long séjour dans l'estomac, il faut donner 3 ou 4 onces d'eau chaude contenant 15 ou 20 grains de bicarbonate de soude. Tous ces accidents sont du reste rares avec le chloroforme, dont on a beaucoup médit, mais qui est encore le meilleur anesthésique.

L'administration de la glace, pour calmer la soif, est une pratique détestable ; rien ne soulage comme de se rincer la bouche avec un peu d'eau chaude.

Quant au traitement de la péritonite, heureusement fort rare aujourd'hui, Bantock ne croit guère à toutes les médications que l'on a proposées. Les purgatifs salins, vantés par Lawson Tait et Greig Smith, lui ont toujours paru aggraver l'état des malades.

H. H.

Laparotomie pour ascites. (Laparotomy for Ascites), par P. S. Ashby *Americ. Jour. of obst.*, New-York., janv. 89, T. XXII, p. 44.

C'est un plaidoyer chaleureux et convaincu en faveur de la laparotomie dans l'ascite. Lorsque, dit l'auteur, on aura épuisé tous les moyens de diagnostic et que l'épanchement intra-péritonéal ne pourra être rapporté à aucune affection du foie, du cœur ou d'un autre viscère; lorsque tous les autres moyens de traitement, y compris la ponction, auront échoué, on sera autorisé à faire la laparotomie pour voir si l'hydropisie n'est pas due à quelque cause inaccessible aux autres moyens d'investigation.

Il faut d'ailleurs distinguer entre l'ascite qui accompagne les tumeurs abdominales et qui n'est alors qu'un phénomène accessoire et l'ascite qui, étant le seul symptôme appréciable, occupe le premier plan.

Dans le premier cas le traitement est dirigé contre la tumeur, et la laparotomie n'est plus discutable, dans le second cas l'incision est faite pour déterminer la cause de l'hydropisie et la faire disparaître si on parvient à la découvrir.

Les observations sont assez rares où telle a été la conduite du chirurgien. Ashby en apporte une très belle à l'appui de sa thèse.

Chez une jeune fille de 19 ans on vit apparaître sans cause appréciable une ascite très considérable. Une première ponction donna 12 litres de liquide, reproduit quelques jours après. En l'absence de tout symptôme pouvant expliquer cet épanchement, la laparotomie fut pratiquée. On trouva dans le petit bassin, après évacuation de 15 litres de liquide péritonéal, un fibro-myôme gros comme un œuf de poule, dont le point d'implantation fut impossible à déterminer, et qui fut énucléé avec les doigts. Ashby, supposant que l'ascite était due à la compression produite par cette tumeur sur quelque gros vaisseau, referma le ventre.

Quatre mois après l'ascite n'avait pas reparu et la malade était en parfaite santé.

J.-L. Faure.

Fistules abdominales consécutives à la laparotomie. (Abdominal Fistulæ after laparotomy), par Henry Beates, *Medical Standard*, Chicago, septembre 1889, p. 70.

Une femme subit une castration tubo-ovarienne droite et quelques semaines plus tard une seconde laparotomie dans le but d'enlever les annexes du côté droit qui étaient malades ; mais l'ablation en fut impossible. Les troubles persistant 18 mois après, une

troisième laparotomie fut nécessaire pour évacuer et drainer la collection pelvienne : le drainage fait à l'aide d'un tube de verre fut maintenu pendant 5 jours. Une fistule se forma et suppura pendant 6 mois : on décida alors une quatrième laparotomie et on trouva un trajet fistuleux en V, dont la queue se trouvait dans l'espace compris entre le péritoine et le fascia transversalis et qui conduisait au siège de la lésion primitive. Un grattage soigneux de ces trajets et de leurs prolongements assura la guérison.

L'opérateur attribue la formation de cette fistule aux fongosités des trajets et non au drainage. Price est d'avis que ces fistules consécutives aux oophorectomies sont le résultat de ligatures malpropres

Goodell n'a jamais vu que des fistules consécutives à l'ovariotomie et non à l'oophorectomie. L'auteur termine en disant qu'il a été témoin d'un cas de guérison spontanée. P. NOGUÈS.

Kyste suppuré de l'épiploon ; laparotomie, excision du kyste ; guérison. (A case of suppurating omental Cyst; abdominal section ; excision of Cyst ; recovery), par JOHN WALDY, *Lancet*, Lond., 1889, vol. II, p. 642.

Observation intéressante. Le jeune âge de l'enfant — huit ans — fit penser à un kyste dermoïde. Incision médiane, ponction du kyste qui était plein de pus. Adhérences aux intestins et au foie. Pendant la rupture des adhérences, déchirure de l'intestin immédiatement refermé par une suture de Lemberg. Drainage du petit bassin. Guérison sans incidents. J.-L. FAURE.

Remarques sur la chirurgie de l'abdomen et du rein (Some remarks on abdominal and renal surgery), par THOMAS SAVAGE, *Prov. Med. Journ.*, Leicester, 1889, T. VIII, p. 466.

C'est sur le traitement des fibro-myômes de l'utérus que l'auteur insiste au début. Beaucoup, surtout aux environs de la ménopause, doivent être respectés : ils s'améliorent ou disparaissent spontanément et l'intervention sanglante est inutile. Mais lorsque par leur volume, les douleurs, les attaques de péritonite localisée qu'ils provoquent, ils deviennent intolérables, trois moyens d'action restent en présence : D'abord l'ablation des annexes, à laquelle il donne la préférence. Elle est, dit-il, non sans quelque exagération, facile, efficace et d'une innocuité presque absolue. Si l'ablation des annexes de l'utérus est impossible, il faut avoir recours à l'électrolyse. Elle donnerait d'excellents résultats sans

faire courir de dangers bien sérieux. Quant au troisième moyen, l'hystérectomie, c'est une opération très brillante et d'une efficacité absolue, quand elle réussit. On sait malheureusement combien est encore élevée la mortalité de l'hystérectomie abdominale et on n'a le droit de la tenter que lorsque les autres moyens ont échoué et que la vie de la malade est en danger.

Chemin faisant, l'auteur dit un mot sur la chirurgie de l'intestin, donne la préférence à l'anus iliaque sur l'anus lombaire, et pense que le traitement de l'obstruction intestinale est encore dans l'enfance. L'entérotomie est un premier pas. Mais il reste encore beaucoup à faire.

De la splénectomie, peu de choses à attendre. Lorsqu'on opère, la tumeur est en général trop volumineuse et l'état du malade trop précaire pour qu'on puisse espérer beaucoup d'une intervention aussi radicale.

Quant à la cholécystotomie, c'est au contraire une excellente pratique qui doit prendre encore de l'extension. Bien réglée, facile dans la plupart des cas, elle débarrasse des multiples inconvénients de la présence des calculs. Sur ce point les chirurgiens sont encore trop timides. On doit la tenter toutes les fois qu'il y a des signes persistants de calculs, sans même attendre qu'il y ait tumeur.

L'auteur termine en exposant ses idées sur la chirurgie du rein. La néphrotomie, excellente opération quand les calculs sont récents et le tissu rénal encore bon, doit céder le pas à la néphrectomie quand le rein est transformé en une poche purulente, à condition, bien entendu, que l'autre rein soit sain. La néphrotomie suivie de néphrectomie est une pratique détestable, à cause des adhérences qui s'établissent. La néphrectomie d'emblée vaut infiniment mieux. Quant à la néphrectomie pour rein flottant, elle est parfaitement légitime lorsque les douleurs sont intolérables et la santé compromise.

Vient enfin un parallèle entre la voie lombaire et la voie transpéritonéale pour l'extraction du rein. La première doit être préférée quand le rein est petit, la seconde lorsqu'il est très volumineux. Dans ce dernier cas on peut choisir entre l'incision sur la ligne blanche, qui donne plus de place et permet de se rendre compte de l'état de l'autre rein, et l'incision sur le bord externe des muscles droits qui permet de tomber plus directement sur le rein et expose moins à la hernie consécutive. Une excellente pratique est celle de Spencer Wells, qui, après avoir suturé le feuillet pro-

fond du péritoine, fait dans la région lombaire une contre-ouverture qui donne passage à un drain. J.-L. Faure.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Bett (Helen H.). The dress of women ; its relation to the etiology and treatment of pelvic disease. *Tr. gyn. Soc.*, Boston, 1889, I, 119. — **Bryan (L. A.)**. Congenital absence of the uterus and its appendages. *Virginia M. Month.*, Richmond, 1889-90, XVI, 529. — **Field (H.M.)**. A few of the errors and misapprehensions of my earlier gynæcological practice. *Trans. gyn. soc.*, Boston, 1889, I, 356. — **Alfred Haviland**. The infrequency of cancer among females in the English Lake district. *Lancet*, Lond., 1889, II, 534. — **Mabboux**. La goutte chez la femme, localisations utéro-vaginales; leur thérapeutique générale et hydro-minérale. *Gaz de gynéc.*, Paris, 1889, IV, 113. — **Arthur E. Nevins**. Association of Heart Disease with Diseases of the Pelvic viscera in women. *Lancet*, Lond., 1889, II, 1226. — **Wilson (H. P. C.)**. President's address american gynecological society. *Boston Med. and Surg. Jour.*, 1889, CXXI, 296.

Thérapeutique gynécologique. — **Amiard**. Du traitement palliatif des corps fibreux de l'utérus par les courants continus à intermittence rythmée. *Rev. méd.-chir. des mal. des femmes*, Paris, 1889, p. 661. — **Apostoli**. Note complémentaire sur mon traitement électrique des fibromes utérins. *Arch. de tocol.*, Paris, 1889, XVI, 809. — **Braun-Fernwald** und **Kreisel**. *Klin. Beitr. z. manuellen Behandlung der Erauenkrankheiten*. Wien, 1889. — **Brivois**. Electrothérapie gynécologique et obstétricale. *Arch. de tocol.*, Paris, 1889, XVI, 732. — **S. Cholmogoroff**. Zur Behandlung der Fibrome der Gebarmutter mit dem constanten galvanischen Strom. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Stuttgart, 1889, Bd XVII, Hft 2, p. 187. — **Cordes**. Nouvelle sonde à double courant pour les irrigations de l'utérus. *Arch. de tocol.*, Paris, 1889, XVI, 874. — **Duret**. De l'asepsie et de l'antisepsie préalables dans la chirurgie utérine. *Journ. des sc. médic. de Lille*, 13 sept. 1889. — **Charles C. Fredigke**. Vaginal tamponage. *Med. Rec.*, N.-Y., 1889, XXXVI, 313. — **Galonskoff**. Irrigation vagin. continue. *Med. Obozr.*, Mosk., 1889, XXXII, 193. — **Goldspiegel (H.)**. Du traitement manuel des maladies des femmes selon la méthode de Thure Brandt. *Arch. de tocol.* Paris, 1889, XVI, 853. — **Plicque (A. F.)**. Le traitement électrique des fibromes utérins; sa technique opératoire. *Gaz. des hôp.* Paris, 1889, 1189. — **F. de Ranse**. De la médication hydro-minérale et de l'intervention chirurgicale dans le traitement des névralgies utéro-ovariennes graves. *Gaz. méd. de Paris*, 1889, VI, 553. — **Remisoff**. Massage en gynécologie, avec une préface de Sneguireff, Moskva, 1889. — **Sabail**. De l'action des eaux sulfureuses en général et de St-Sauveur en particulier dans les affections utérines et péri-utérines. *Nouv. arch. d'obstétr. et de gyn.*, Paris, 1889, p. 522.

Cet index ne mentionne pas les mémoires analysés dans le corps du journal.

VULVE ET VAGIN. — **Bax**. Corps étranger du vagin, *Gaz. méd. de Picardie*, Amiens, 1889, VII, 278. — **Braun** (**G**.). Hœmatokolpos in Folge von angeborener Hymenalatresie. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1889, II, 553. — **Corneille-St-Marc**. Vaginisme hystérique guéri par l'acconchement médical. *Poitou médical*, Poitiers, 1889, III, 202. — **Dubar** (**Alphonse G**.). Des tumeurs liquides des grandes lèvres. *Th.*, *Lille*, 1888-89, 3 s., nº 42. — **Eisenlohr** (**W**.). Das interstitielle Vaginal-Darm und Harnblasenemphysem zurück-geführt auf gasentwickelnde Bakterien. *Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path.*, Iena, 1888, III, 101. — **Lomer**. Zwei Fälle von Vaginismus Geheilt durch den galvanischen Strom. *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, p. 869. — **Montillier**. Le chancre mou et son traitement. *Th. Paris*, 1889-90, nº 4. — **Page** (**K. B**.). Hœmatoma of the vulva in the non puerperal state ; with a report of 3 cases. *Times and Reg.*, N.-Y. et Philad., 1889, XX, 577. — **Richmond** (**J. M**.) My third case of atresia vagina, in which an operation for its establishment proves the absence of womb and ovaires. — *Kansas M. J.*, Topeka, 1889-90, I, 196. — **Subbotic** (**V**.). Atrésie congénit. du vagin, *Gióggyászat*, Budapest, 1889, XXIX, 77, et *Pest. med.-clin. Presse*, Budapest, 1889, XXV, 963. — **Taylor**. A hitherto undescribed form of new-growth of the vulva. *Med. Rec.*, N. Y., 1889, II, 501. — **Von Teuffel** (**J**.). Carcinom der Scheide (5 obs.). *Ber. u. d. Betrieb. d. Ludwigs-spit.* Chalottenhilfe in Stuttg (1885-87), 1889. — **Thorn**. Zur Aetiologie der vaginal Cysten. *Centralbl. f. Gyn.* 1889, p. 657. — **Cospedal Tomé** (**A.-M**.). Hematocolpos y hematometra. *Rev. clin. de l'hosp.*, Madrid, 1889, I, 289.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE, ETC. —**Carpenter**(**A.-B**.). Surgical operations for the repair of ruptured perinæums. *Med. Rec.* N. Y., 1889, II, 540. — **Dacosta** (**J.-A**.). Easy perineorraphy. *Medical Standard*, Chicago, 1889, VI, 170. — **Dumoret**. Du prolapsus utérin. *Gaz. des hôp.* Paris, 1889, p. 1245. — **Kellogg** (**J.-H**.). Rep. of 73 cases of Alexander's operation for shortening the womb ligam., and descript. of an improved method of operat. *Tr. Mich. M. Soc.*, Détroit, 1889, XIII, 311. — **Kleinwächter** (**L**.). Die Uebertragung des Princips der Lappenperineorrhaphie auf die operation des Lacerations ektropiums. *Zeitschs. f. Geb. u. Gyn.*, Stuttgart, 1889, Bd XVII, Heft 2, p. 279. — **Popken** (**Gralf**). Der uterus prolaps und seine operations-methoden. *Th. Würzb.*, 1889. — **Rüter** (**H**.). Ueber die Perineorrhaphie nach Tait-Sängen. *Therap. Monatsh.*, Berl., 1889, III, 409. -- **Spaeth**. Ventrofixat. *Deutsch med. Woch.*, Leipz., 1889, XV, 760. — **Témoin** (**D**.). Coutribut. à l'étude des prolapsus génitaux. *Th. Paris*, 1889-90, nº 5. — **Thiriar**. De l'hystéropexie contre le prolapsus utérin, *Clinique*, Bruxelles, 1889, III, 577.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Clarke** (**A.-P**.). Rap. dilat. of the cervix uter. *Trans. gynec. Soc.*, Bost., 1889, I, 91. — **Doléris et Mangin**. De la métrite cervicale, étude anatomo-pathologique de l'inflammation chronique du col utérin. *Nouv. Arch. d'obstétr. et de Gyn.*, Paris, 1889, p. 454. — **Litauer** (**A**.). Die Laceration des cervix Uteri ; ihre Aetiologie, Pathologie und Therapie. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1889, XXXIV, 353, 365, 377, 391. — **Martin** (**A**.). The treatment of cicatrices in the collum uteri and in the roof of the vagina. *Tr. Gyn. Soc.*, Boston, 1889, I, 133. — **Montaz**. A propos du curage de l'utérus. *Dauphiné méd.*, Grenoble, 1889, XIII, 153. — **Rosthorn** (**A**.). Zur Kenntniss des primaren sarcoms der portio vaginalis und der vagina. *Wien., klin. Woch.*, 1889, II, 729, — **Bland Sutton and Gordon Brodie**. Adeno-

mata (Erosions) of os Uteri in Macaque Monkey. *Brit. med. Journ.*, Lond., 1889, II, 1277. — **Terrillon.** De l'endométrite; son traitement. *Bull. gén. de thérap.*, Paris, 1889, CXVII, 97. — **Wylie (W.-Gill).** Dilatation of the cervix uteri for chronic endometritis-treatment of uterine adhesions-lacération of the cervix. *Internat. Journ. of Surg.* N.-Y., 1889, II, 236.

TUMEURS UTÉRINES; HYSTÉRECTOMIE. — **Bates (Mary E.).** Uterine fibroid with pelvic cellulitis. *Tr. gyn. Soc.*, Bost., 1889, I, 192. — **Bergé (J.).** Histero-miomotomia abdominal. *An. de obst., ginecopat. y pediat.*, Madrid, 1889, IX, 193. — **Doléris.** L'emploi des pinces dans l'hystérectomie vaginale. *Nouv. arch. d'obstétr. et de gyn.* Paris, 1889, p. 449. — **Dubrueil (A.).** Hématométrie. *Rev. chir.*, Paris, 1889, IX, 677. — **Dumur.** Tumeur fibro-kystique de l'utérus. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 sept., 1889, 62. — **Fawell (R.-W.).** Fibromyoma of uterus. *Lancet*, Lond., 1889, II, 1231. — **Flick (Moses).** A case of cancer of the uterus. *Internat. Jour. of Surg.*, 1889, II, 208. — **Fraipont (F.).** De l'adénome de la muqueuse du corps utérin. *Ann. Soc. méd.-chir. de Liége*, 1889, XXVIII, 281. — **Gross (E. H.).** Hematometra, *Med. and Surg. Rep.*, Philad., 1h89, LXI, 454. — **Gualco.** Sopra un caso di mola idatidea e vesicolare. *Annali di ostetricia e ginecologia.* Firenze, juin, 1889, p. 251. — **Jacobs (C.).** Myxome utérin, *Clinique*, Bruxelles, 1889, III, 545. — **Liemann (V.).** Ueber ein Fall von Myocarcinome des Uterus. *Arch. f. path. anat.* Berlin, 1889, CXVII, 82. — **Loreta.** Fibromioma multiplo dell'utero, laparotomia, isteroectomia parziale. *Gazz. d. osp.*, Milano, 1889, X, 315 — **Madurowicz.** Un caso di incarcerazione di utero per fibroma sottomucoso. *Progresso med.*, Napoli. 1889, III, 527.. — **Matthew D. Mann.** Carcinoma of the cervix uteri; carcinoma of the liver. *Med. News*, Philad., 1889, LV, 485. — **Mohr (Friedrich E.).** Ueber Totalextirpation des carcinomatosen Uterns gravidus per vaginam. *Th. Halle*, 1889. — **Murphy.** On hysterectomy. *Brit. gyn. J.*, Lond., 1889-90, V, 205. — **Münchmeyer.** Ueber die Endergebnisse und weitere husdehnung der vaginalen total Extirpation der Gebärmutter an der Konigl. Frauenklinik in Dresden. *Arch. f. Gyn.*, Berlin, 1889, Bd XXXVI, heft 3, p. 424. — **Prokofjeff (O. W.).** Innfarctus hémorrh. dans les fibromyômes de l'utérus. *Trudi obsh. Russk vrach*, St-Pétersb., 1889, 137. — **Samschin.** Zur casuistik der gleichzeitigen Vorhandenseins eines fibromyoms des corpus uteri und carcinoms der Portio vaginalis. *Arch. f. Gyn.*, Berlin, 1889, bd XXXVI, heft 3, p. 511 — **Smyly (W.-J.).** On the Diagnosis and treatment of small submucous fibro-myomata of the uterus. *Dublin Journ. of med. Science*, 1er oct. 1889, n° CCXIV, 3e série, p. 342. — **Sztembarth (W.).** Carcinoma corporis uteri, cysta ovarii dextri, salpingitis purulenta sinistra; amputatio supravaginalis uteri cum adnexis; sanatio. *Medycyna*, Waeszawa, 1889, XVII, 531. — **Ely Van de Warker.** Sloughing uterine fibroïds. *Medical Standard*, Chicago, 1889, VI, 179.

AFFECTIONS PÉRIUTÉRINES; HÉMATOCÈLE; MALADIES DES TROMPES, ETC. — **Allen (T.-H.).** Traumatic pelvic cellulitis, *Gaillard's M. J.*, N.Y., 1889, XLIX, 226. — **Baumgärtner.** Die operation der parametritischen abcesse. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1889, XXVI, 751. — **Beates (H.).** A fistulous tract following laparotomy for pyosalpinx, 4 successive laparot., recovery. *Ann. Gynæc.*, Bost. 1888-1889, II, 468. — **Chéron.** Pelvi-péritonite ou pelvi-métrite. *Rev. méd.-chir. des mal. des femmes*, Paris, 1889, p. 645. — **Dutilleul.** Essai sur

l'anatomie, la physiol. et la pathol. de la trompe utérine. *Th. Lille* 1888-1889, 3e s., n° 55. — **Janvrin (J.-E.)**. A case of myxo sarcoma of Fallopian tube. *Ann. Gyn.*, Bost., 1888-1889, II, 357. — **Keller (Elizabeth C.)**. Case of hemato-salpinx. *Rep. Proc. alumnæ ass. Women's M. Coll. Penn.*, Phil., 1889, 79. — **Klimovitch**. Observ. de tuberc. primit. des trompes de Fallope. *Ejened. klin. gaz.*, St-Pétersb., 1889, IX, 401. — **Le Bec**. Abcès profond du bassin, ouverture par le vagin et le périnée. *Gaz. des hôp.* Paris, 1889, p. 896.— **Le Page (John F.)**. The remote causes of pelvic disease. *The Provincial Medical Journal*. Leicester, 1889, VIII, 719. — **Mc Murtry (L. S)**. On the pathology and treatment of intra-pelvic inflammation. *Med. Rec.* N. Y., 1889, II, 511. — **Lawson Tait**. A case of intra peritoneal hematocele due to rupture of a tubal pregnancy, treated by abdominal section and removal of the ruptured tube). *Lancet*, Lond., 1889, II, 1054. — **Stevenson (E.-J.)**. Laparotomy for tubal disease ; reoperation fourteen days after for symptoms of peritonitis and intestin. obstruction. *Brit. Gyn. J.*, Lond., 1889-1890, V, 190. — **Teuffel (Von J.)**. Hœmatokele periuterina (2 obs.). *Ber. u. d. Betrieb. d. Ludwigs-spit Charlottenhilfe* in Stuttg. (1885-87), 1889, 49.

OVAIRES. — **Ballenghien**. Vaste gâteau polykystique de l'ovaire gauche ; orthopnée ; ascite et œdème des membres inférieurs, ovariotomie, adhérences tendineuses ; poches hydatiformes ; guérison. *Journ. des Sc. méd.*, Lille, 1889, p. 546. — **Brown (W. S.)**. The role of ovary. *Tr. Gynæc. Soc.*, Boston, 1889, I, 209. — **Darcy (J.-H)**. Laparot. in a case of dermoïd cyst (girl., II, years of age). *Med. News*, Phil., 1889, LV, 371. — **Desiderius v. Velitz**. Beitrage zur Histologie und Genese der Flimmer-Papillärkystomen des Eierstocks. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Stuttgart, 1889. Bd XVII, Heft 2, p. 232. — **Didier**. Kyste de l'ovaire avec élongation considérable de la corne utérine correspondante. *Journ. des sc. méd.*, Lille, 1889, 271. — **Alban Doran**. A serie of twenty five completed ovariotomies. *Brit. med. Journ.*, Lond., 1889, II, 1327. — **E. S. M'Kee**. Ovarian prolapse. *American Lancet*, 8 sept. 1889, p. 331. — **Krzywicki (C.)**. Neunundzwanzig Fälle von urogenitaltuberculose, darunter ein Fall von Tuberculose beider Ovarien. *Beitr. z. path. Anat. u z. allg. Path.* Iena, 1888, III, 295. — **Lewers**. Some Points in the diagnosis of certain ovarian tumours from fibroïd Tumours of Uterus. *Brit. med. Journ.* Lond., 1889, II, 1279. — **Murray (R. H.)**. Case of hœmatoma of right ovary ; abcess of left ovary with pyosalpinx ; unusual displacement and attachment of ureters ; laparotomy ; recovery. *Ann. Gynæc.*, Bost., 1888-1889, II, 326. — **Nasi (L.)**. Ematocelle della tromba faloppiana sinistra ; laparotomia. guarigione. *Rassegna di sc. med.*, Modena, 1889, IV, 433. — **Noriega (T.)**. Quieste compuesto del ovario en mujer gravida ; ovariotomia ; curacion. *Gac. med.*, Mexico, 1889, XXIV, 301. — **Pantzer. (H. O.)**. Rupture of ovarian Cyst. *Medical Standard*. Chicago, 1889, VI, 108. — **Parkes (Charles T.)**. Ovariotomy and other cases. *Med. News*. Philad., 1889, LV, 589.

ORGANES URINAIRES. — **Brown (W.-S.)**. Chronic cystitis in women. *Tr. gyn. Soc.* Boston, 1889, I, 105. — **Hamaide** et **Séjournet**. Sur un cas de pierre dans la vessie chez une petite fille de 10 ans. *Bull. gén. de thér.*, Paris, 1889, CXVII, 59.— **Heustis (J.-F.)**. A new position for facilitating the operation for vesico-vaginal fistula and other operations on the uterus and vagina. *Med. News*. Philad., 1889, LV, 322. — **Herzfeld (C.-A.)**. Ein Fall von Vesicovestibular

fistel. *Sitzungsb. d. geburtsh. gynäk. gesellsch. in Wien*, **1889**, **II**, **75**. — **Jakobson**. Fist. vésico-vagin. compliquée, *Meditsina*, St-Pétersb., 1889, nº 25. — **Theophilus Parvin**. The use of Creolin in Cystitis of the Female. *Med. News*, Phil., 1889, LV, 598. — **Rey** et **Merz**. Curette en verre pour servir au diagnostic de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme. *Bull. méd. de l'Algérie*, Alger, 1889, 57.

CHIRURGIE ABDOMINALE (voir Tumeurs utérines, Affections périutérines, Ovaires). — **Baldy** (**J.-M.**). Treatment of peritonitis. *Medical Standard*, Chicago, 1889, VI, 112. — **Baldy** (**J.-M.**). Complication following abdominal section. *Ann. Gynæc.* Boston, 1888-89, II, 329. — **Herbert Darey** (**J.**). Laparotomy in a case of dermoid cyst. *Med. News*. Phil., 89, LV, 371. — **Fraenkel und Kaufmann**. Zur Diagnostik der Unterleibsgeschwülste. *Arch. f. Gyn.* Berlin, 1889, Bd XXXVI, Heft 3, p. 399. — **Gelstrom**. Worfall einer Dermoidcyste per Rectum während der Geburt. *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, p. 761. — **Lebedeff**. Kurzer Bericht über hundert Laparotomien. *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, p. 809. — **Lebedeff.** Court exposé de 100 laparotomies. *Ejened. klin. Gaz.*, St-Pétersbourg, 1889, IX, 373. — **Rubeska.** Ein durch Extirpation geheilter Fall von Mesenterialcyste. *Centralbl. f. Gyn.*, **1889**, p. 841. — **Vanderveer** (**A.**). Concealed pregnancy; its relations to abdominal surgery. *J. Amer. Med. Assoc.*, Chicago, 1889, XIII, 543. — **Veit** (**J.**). Ueber die Technik der Laparotomie. *Berl. klin.*, 1869, Heft 15.

VARIÉTÉS (microbiologie, troubles nerveux). — **Batuaud** (**J.**). L'ablation des annexes est-elle utile au point de vue de la guérison de l'hystéro-épilepsie? *Revue méd.-chir. des maladies des femmes*, **Paris**, 1889, p. 641. — **King** (**E.-H.**). Mania following gynecological operations. *Med. News*, Phil., 1889, LV, 545. — **Nelson** (**S.-N.**). Microrganisms and their relation to disease. *Trans. gyn. Soc.*, Boston, 1889, **I**, 224. — **Thomen**. Bakteriologische untersuchungen normaler Lochien und der vagina und cervix Schwangerer. *Arch. f. Gyn.* Berlin, 1889, Bd XXXVI, heft 2, p. 231. — **Zukowski** (**A.**). Hystérie des plus violentes, ovariotomie double, guérison. *Wyadomosei lek.*, Lwow, 1889, III, 335.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Bataillard**. De la durée et du pronostic du travail, des modes de terminaison et d'intervention dans les variétés postérieures de la présentation du sommet. *Th. Paris*, 1889. — **Herman** (**Ernest**) **and Goullet** (**Charles**). On the extension of the Fœtus during the second stage of labour. *The Lancet*, London, 12 octobre 1889, vol. II, page 737. — **Evans**. Case of spontaneous version. *Med. and Surg. Reporter*, Philad., 1889, l. XI, 90. — **Gaulard**. Considérations sur les présentations du siège. *Arch. de tocol.*, octobre 1889, p. 775. — **Garibaldi**. Considerazioni intorno al moto di rotazioni interna. *Annal. di ostetritia e ginecologia*, Firenze, 1889, p. 248.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Barnetche**. Considérations cliniques et thérapeutiques sur l'importance de l'hymen. *Th. Paris*, 1889. — **Boyd** (**F. D.**). Case of Congenital Absence of the Rectum, Colotomy; Autopsy. *Edinburgh Med. Journ.*, 1889, p. 529. — **Hart**. The minute anatomy of the placenta in extrauterine gestation. *Edinb. M. J.*, 1889-90, XXXV, 344. — **Kaschakaroff.** Ueber paradoxe Schlüsse, zu denen man durch Betrachtung der Kontractionen der

Gebarmutter und der Vagina eines Kaninchens bei unmittelbaren Reizung dieser Theile durch den elektrischen Strom kommen Kann. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 46. — **Segay**. Rapports de la régression normale des tissus et des organes, après l'accouchement, avec l'allaitement maternel. *Journal de méd. de Bordeaux*, 27 octobre 1889, 112.

APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Abbtt (G.)**. An obstetrical lye bandage. *Med. Rec. N. Y.*, 21 sept. 1889, p. 317.

BACTÉRIOLOGIE ET RECHERCHES EXPÉRIMENTALES. — **Artemjeff**. Recherches microscopiques sur les lochies. *Vrach.*, *Saint-Pétersbourg*, 1889, X, 769; 791. — **Fraenkel et Kiderlen**. Zur Lehre vom Uebergang pathogener Mikroorganismen von der Mutter auf den Fötus. *Fortschr. d. Med.* Berlin, 1889, VII, 641. — **Holmes (B.)**. On the relations of bacteria to puerperal eclampsia. *Obst. Gaz.*, Cincin., 1889, XII, 341.

DYSTOCIE. — **Consentino**. Bacino piatto non rachitice. *Sicilia Med.*, Palermo, 1889, I, 115; 195. — **Fauvel**. Intervention dans le cas de dystocie par hydrocéphalie. *Th. Paris*, 1889. — **Hamill**. Dystocia occasioned by the umbilical cord encercling the arm twice and neck four times. *Univ. M. Mag.*, Philad., 1889-90, II, 29. — **Lopez Rubio**. Parto distocico for presentacion de hombro; version podalica; perforation del utero; metro-peritonitis septica, curacion. *Progreso ginec.*, Valencia, 1888-89, III, 454, 458. — **Neugebauer**. Spondylolisthésie et spondylizème. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 536. — **Otto v. Herff**. Ein neuer Fall eines spondylolisthetischen sowie eines sacralkyphotischen Beckens. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XVII, Hft 2, p. 283. — **Sabatier**. Bassin à double synostose sacro-iliaque sans rétrécissement transversal. *Lyon médic.*, 1889, 547. — **Varnier**. De la conduite à tenir dans la présentation de l'épaule. *Rev. prat. d'obst. et d'hygiène de l'enfance*, octobre 1889, p. 321; 289; 362. —**Vincent**. Dystocie par hydrocéphalie. *Lyon médical*, 29 septembre 1889, 160.

GROSSESSE. — **Fallen**. Influence heureuse de la grossesse chez quelques malades. *Th. Paris*, 1889.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Baldy**. The early diagnosis of extra-uterine pregnancy. *Med. Red.*, N.-Y., 1889, XXXVI, 309. — **Bellamy**. Extra-uterine gestation; abdominal section; peritonitis; death; necropsy. *Lancet*, Lond., 1889, II, 314. — **Duncan**. Clinical lecture on extra-uterine gestation. *Lancet*, Lond., 1889, II, 53-55. — **Ferguson (E. D.)**. A case of tubal Pregrancy. *N. Y. Med. Journ.*, 1889, II, 572. **Edebohls (G. M.)**. A case of tubal pregnancy sucessfully treated by electrical fœticide. *Med. Record.*, *N. Y.*, 1889, II, 628. — **George Haven** Tubal pregnancy; operation recovery. *Boston medical and Surgical Journal*, 15 août 1889, 160. — **Lawson Tait**. Ectopic gestation. *Medical News*, Philad., 9 nov. 1889, LV, 505. — **Lawson Tait**. Ectopic gestation. *The Provincial Medical Journal*. Leicester, 1er nov. 1889, VIII, 645. — **Lawson Tait**. Ectopic gestation. Northumberland and Durham medical Society. *Brit. med. Journ.*, Lond., 1889, II, 927. — **Lusk**. Grossesse tubaire (trad.) *Nouv. Arch. d'Obstétr. et de Gyn.*, Paris, 1889, 4e année, n° 11, 503. — **Mac-Donell**. Tubal pregnancy with rupture. *Montreal M. J.*, 1889-90, XVIII, 266. — **Muratoff (A. A.)**. *J. akush. I. jensk, boliez.*, St-Pétersbourg, 1889, III, 393. — **Scheurlen**, Klinishes über die Ruptur der graviden Tube. *Charité Ann.*, Berlin, 1889, XIV, 178-187. — **Walker**. Tubal pregnancy treated by faradic current. *Med. Record.*, N. Y., 1889, II, 539.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Chaleix**. Accouchement trigémellaire. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 6 oct. 1889, 80. — **Straughn (J. H.)**. Twins with one placenta. *Med. Record.*, N. Y., 1889, II, 461.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Lomer**. Herpes Zooster bei einem 4 Tage alten Kinde. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 45. — **Jourda**. Des abcès du sein chez le nouveau-né. *Th. Paris*, 1889. — **Puech**. Traitement préventif de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés par les méthodes de Crédé (solution de nitrate d'argent au 1/50) et de Korn (sublimé). *Montpellier Médical*, 16 sept. 1889, p. 272. — **Puech**. Ecchymoses sous-conjonctivales chez les nouveau-nés. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 6 oct. 1889, p. 80. — **Pinzani**. Considerazioni sopra un caso clinico di strana frágilita fetale. *Bull. d. sc. med. di Bologna*, 1889, XXIV, 5. — **Truzzi**. Dell'oligoidramnios nei suoi rapporti collo sviluppo del feto. *Gaz. med. lomb.*, Milano, 1889, XLVIII, 325 ; 335 ; 345. — Fœtal malaria transmitted by the father. *Boston Medical and Surgical Journal*, 29 août 1889, p. 214.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Barnes (F.)**. On perinæorrhaphy by the method of Lawson Tait. *Brit. Gynæc. J.*, Lond., 1889-90, V, 216-226. — **Barnes**. The accoucheur and his forceps. *Cincin. Lancet clinic.*, 1889, XXIII, 299. — **Bouchacourt**. Pubiotomie ; symphyséotomie ; synchondrotomie ; opération de la symphyse. *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris, 1889, XXVII, 796-827. — **Chartier (A.)**. Curage utérin dans la septicémie puerpérale, *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*. 1889, p. 481. — **Townsend (Charles W.)**. A case of delivery of the breech by the forceps. *The Boston Medical and Surgical Journal* Boston, 31 oct. 1889, t. CXXI, p. 432. — **Cushier (Elisabeth M.)**. Curetting the uterus for retained Placenta. *Internat. Journ. of Surgery*, sept. 1889, p. 214. — **Black (John J.)**. A porro Cæsarean section, rendered necessary by a deformed pelvis, and a uterus enormously enlarged by Fibroid Growths ; together with a cyst of the right broad ligament *Medical News*. Philadelphia, 2 nov. 1889, t. LV, p. 480. — **Lebedeff**. Cœsarean section or craniotomy on living fœtus. *Trudi obsb. Russk. Vratch.* St-Petersb., 1889, 54. — **Lewers** The induction of premature labour by mean's of Hegar's dilators of specially large size, with notes of three cases. *Lancet*, Lond., 1889, II, 213. — **Bertaccini**. Febbre da gravidanza ; provocazione del parto ; guarigione immediata. *Raccoglitore med.*, Forli, 1889, VII, 317-327. — **Piskacek**. Die Indicationsstellung der Kaiserschnittses nebst casuistischen Beitragen zur Porro'schen und Sanger'schen Kaiserschnittmethode. *Wien. Klin. Wchschr.*, 1889, II, 614, 655, 635, 670. — **Stratz**. Ectopotomie. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 48. — **Sutugin**. Die Bedeutung des Porro'schen Kaiserschuittes und Wünschenswerthe Verbesserungen desselben. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 50. — **Taudy**. An important method of Cæsarean section. *St-Louis M. et S. J.*, 1889, LVII, 108. — **Thomson**. Ein Beitrag zur Technik der Embryotomieen. *Deutsch. med. Wchschr.* Leipz., 1889, XV, 604. — **Clayton Dukes (W.)**. Cephalic version eighteen hours after rupture of the membranes. *Med. Record*, N.-Y., 1889, II, 543. — **Winckel**. Sectio Cæsarea. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 48. — **Wolczynski**. Ueber zwei Fälle von conservatinen Kaiserschnitt mit Uterusnaht (Sanger's Methode). *Wien. klin. Wchschr.*, 1889, II, 538, 540. — **Zimmermann**. Ueber die Anlegung der Zange bei engem Becken und hochstehendem Kopf. Halle, 1889.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET

DES SUITES DE COUCHES. — **Baileg.** Acute epigastric pain in pregnancy associated with albuminuria. *Lancet*, Lond., 1889, II, 541. — **Benedetti.** Di una mola vesicolare. *Gazz. d'osp.*, Milano, 1889, XIII, 386. — **Bergstrand.** A case of inversio uteri totalis post-partum; acute anemia; intravenous transfusion of common salt solution; recovery. *Buffalo M. et S. J.*, 1889-90, XXIX, 161. — **Blanc (E.).** Contribution à l'étude de la pathogénie de l'albuminurie et de l'éclampsie chez la femme gravide. *Arch. de Tocol.*, nov. 1889, p. 870. — **Bond.** Suppression of urine for nine days after parturition death. *Lancet*, Lond., 1889, II, 431. — **Bonfantini.** La temperatura della madre in rapporto colla vita del feto. *Giorn. p. le levatrici.* Milano, 1889, III, 60-63. — **Williams (Charles E.).** Placenta prævia centralis. *Med. Rec.*, N.-Y. t. XXXXI, p. 318. — **Clemenz.** Anatomische und kritische untersuchungen über die sog. Weissen infarcte der Placenta und über den sog. Weissen Deciduaring. Dorpat, 1889. — **Coulacoff.** Des déchirures et perforations des petites lèvres dans les accouchements. *Th. Paris*, 1889.— **Dührssen.** Uber einen Fall von sackformiger Errweiterung des hinteren unteren Gebärmutterabschnittes (Retroflexio uteri gravidi partialis), bedingt durch ein Myom, nebst Bemerkungen über di Aetiologie der Retroflexio uteri gravidi partialis uberhaupt. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 51. — **Ellisen.** Two year's detention of a dead fœtus in utero, delivery per vias naturale prevented by an elongalet; tortuous, small, tough, indurated, cervical canal *Nashvitle J. M. et S.*, 1889, XLIV, 265. — **Gelstrom.** Vorfall einer Dermoidcyste per Rectum wärhend der Geburt. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 44. — Ritensione degli annessi. Lacerazione del fornice vaginale posteriore e penetrazione del cavo abdominale. Endometrite putride. Guarigione. *Gli Annali di ostetricia e ginecologia* Firenze, 1889, p. 398. — **Roncaglia (G).** Della placenta marginata. *Annali di ostetricia e ginecologia*, Firenze, 1889, 355. — **Guéniot.** Étiologie et traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. *Arch. de Tocol.*, oct. 1889, p. 745. — **Heitzmann.** Ueber Hyperinvolution uteri und deren Behandlung. *Central. f. d. ges. Therap.*, Wien, 1889, VII, 449; 513. — **Heyder.** Schwangerschaft bei angeborenem last vollständigem Scheidenverschlusse. — *Arch. f. Gyn.*, Berlin, 1889, Bd XXXVI, hft 3, p. 502. — **Holmes (B.).** Diagnosis and Prognosis of puerperal Eclampsia. *Medical News*, 14 septembre 1889, p. 298. — **Kehrer.** Ueber Enstchung, Erscheinungen und Verhütung des Wochen fichers. Heidelberg, 1889. — **Koller.** Ueber Scharlach bei Wöchnerinnen. Basel, 1889. — **Lomer.** Masern in der Schwangerschaft. Geburt eines mit Masernexanthem behafteten kindes. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 48. — **Moussaud.** Des varices de la vulve et des hémorrhagies consécutives à leur rupture. *Th. Paris*, 1869. — **Dr Murray (R. A.).** Abortion. *Medical Standard*, Chicago, déc. 1889, vol. VI, p. 175. — **Nebel.** Zur Behandlung der Schwaugerschaft bei Kyphoskoliose. *Cent. f. Gyn.*, 1887, n° 51. — **Pargamin.** Vesicular mole, removal from cavity of uterus by method of Kristeller. *Russk. med. St Petersb.*, 1889, VII, 331, 342. — **Rémy.** Quelques considérations sur la rétention placentaire. *Arch. de Toc.*, oct. 1889, p. 769. — **Saladin.** Etude sur les polypes intra-utérins considérés avant, pendant, et après la grossesse, *Th. Nancy*, 1889. — **Stein.** Ein Fall von Blasemnole. *Med. Monatschr.*, N. Y., 1889, I, 354-355. — **Watkins (T. J.).** Hyperpyrexia during labour. *Medical Standard*, Chicago, sept. 1889, vol. VI, p. 81. — **Valentin.** De la délivrance dans les cas de fœtus mort et macéré. *Th. Paris*, 1889. — **Vanheuverswyn.** Accouchement prématuré à 8 mois 1/2. Présentation de l'épaule. Version. Déflexion de la

tête au détroit supérieur. Tentatives d'extraction par la méthode de Champetier de Ribes et la manœuvre de Scanzoni de Prague. Décollation. Application du céphalotribe sur la tête. *Journal des Sciences médic. de Lille*, 29 sept. 1889, p. 275. — **Van der Berg**. Un cas de métastase oculaire dans l'infection puerpérale, énucléation, guérison. *Clinique*, Brux., 1889, III, 513. — **Van Sbyck**. Puerperal eclampsia in its relation to disorders of the kidneys. *South. Calif. Pract.*, Los Angeles, 1889, IV, 334. — **Wiglesworth**. Extraneous causes of puerperal septicæmia. *Liverpool M. chirg. J.*, 1889, IX, 405-420. — **Fraser Wright (W.)**. Case of Heart Disease complicating Labour treated successfully by Nitrite of Amyl. *Edinb. med. J.*, déc. 1889, p. 540.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Bockelmann**. Die antiseptis während der Geburt. *Wien. med. Bl.*, 1889, XII, 471. — **Bockelmann**. Zur Antiseptis der Geburtshülfe. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1889, XXVI, 585-587. — **Delcourt**. Traitement de la métrite puerpérale, par le raclage au moyen de la curette. *Clinique*, Brux., 1889, III, 561. — **Garrigues (Henry J.)**. Corrosive sublimate and creolin in obstetric practice, *Amer. J. of med. sc.*, Philad., 1889, T. XCVIII, p. 109. — **Misrachi**. Injections hypodermiques de caféine dans le traitement de la métrorrhagie post-partum. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 489, 528. — **Von Kalinczuk**. Ein Fall von Heilung eines schweren Puerperalprozesses mittelst der continiurlichen antiseptichen Uterusirrigation. *Prag. med. Wochenschr.*, 1889, XIV, 317-319.

VARIÉTÉS. — **Fielde (A. M.)**. Facts and superstitions concerning pregnancy and parturition at Swatow, China, *Medical News*, 24 août 1889, p. 204. — **Chazan**. Zum Hebammeuwesen, *Cent. f. gyn.*, 1889, n° 40. — **Eustache**. Clinique d'accouchements de la Faculté libre de Médecine de Lille, *Journal des sciences médicales de Lille*, 25 oct. 1889, p. 393. — **Guinier**. Compte rendu de la clinique obstétricale de Montpellier, *Montpellier médical*, 1889, p. 308. — **Icard**. De l'état psychique de la femme pendant la période menstruelle. *Th. Paris*. 1889. — **Walcher**. Die conjugata eines engen Beckens ist keine constante Grösse, sondern lasst sich durch die körperhaltung der Trägerin verandern, *Cent. f. gyn.*, 1889, n° 51. — **Weisl**. Zur Hebammenfrage, *Cent. f. gyn.*, 1889, n° 40. — **Wetherly (J.)**. Maternal impressions, *Med. Rec.*, N.-Y., T. XXXVI, p. 316.

TÉRATOLOGIE. — **Chapotot**. Malformation du cœur, *Lyon Médical* 17 nov. 1889, 424. — **Marsh (F.)**. A case of double polydactylism, double harelip, complete Cleft palate, and double talipes varus. *The Lancet*, Lond., 12 oct. 1889, II, 739. — **Boyd (Francis D.)**. Case of congenital absence of the Rectum, etc., *Edinb. Med. J.*, déc. 1889, 532. — **Jaggard (W. W.)**. Fœtal Aplasia. *Medical Standard*, Chicago, déc. 1889, VI, 180. — **Marion (E.)**. A case of hydrencéphalocele *The Boston. med. and Surg. Journ.*, 15 août 1889, 159. — **Robertson**. Abnormal enlargement of fœtal abdomen, with absent rectum and anus and enlarged distented bladder. *Glasgow M. J.*, 1889, XXXII, 113-116.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Février 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE SUR LA GROSSESSE OVARIENNE

Par **A. Mouratoff,** Privat-docent à la Faculté de médecine de Moscou.

Parmi les grossesses extra-utérines, celle de l'ovaire a de tous temps excité l'intérêt des accoucheurs et aujourd'hui encore, comme autrefois, elle donne lieu aux opinions les plus opposées : d'un côté, négation catégorique de la possibilité des grossesses de ce genre, de l'autre, affirmation non moins catégorique, basée sur l'anatomie pathologique, de plusieurs formes possibles de la grossesse ovarienne. Cependant les descriptions des anciens auteurs ne peuvent nous satisfaire, car leurs observations sont privées de l'élément d'investigation le plus important, l'examen microscopique. C'est probablement ainsi qu'un grand nombre de cas de grossesses ovariennes ont été perdus pour la science.

A partir de Puech, l'existence de la grossesse ovarienne a été reconnue de fait dans les traités d'accouchement et il ne restait plus qu'à décider la question du critérium pour la détermination d'une grossesse de ce genre. Ici encore nous rencontrons contradictions sur contradictions. Les uns, Cohnstein, Spiegelberg, n'en admettent l'existence que si elle est accompagnée de symptômes bien précis ; les autres, Talbot, Jones, sont moins exigeants, ils prétendent que dans les cas plus ou moins invétérés, il est difficile de produire toutes les preuves exigées par les premiers.

Selon Hueppe, on peut admettre pour la grossesse ovarienne les possibilités suivantes : 1) ou la déchirure du follicule se referme et le fœtus se développe dans l'intérieur de l'ovaire, à la manière d'un kyste ; 2) ou la déchirure du follicule ne se ferme pas, l'ovule en se développant s'en échappe et il reste hors de l'ovaire.

Outre ces deux genres de grossesse ovarienne, Hueppe en admet encore un 3e : la grossesse ovarienne *externe*, qui est difficile à diagnostiquer à cause de ses adhérences ; dans ce cas, la formation du placenta est analogue à celle des grossesses abdominales que l'on confondait souvent autrefois avec la grossesse ovarienne externe.

Patienko a observé un cas de grossesse extra-utérine qui s'était développée aux dépens de l'ovaire droit ; il en admet la forme ovarienne en se fondant sur les raisons suivantes : 1) diminution des dimensions de l'ovaire droit (longueur de l'ovaire droit, 16 millim., de l'ovaire gauche, 35 millim. ; largeur de l'ovaire droit, 19 millim., de l'ovaire gauche, 18 millim ; 2) dégénération d'une partie de l'ovaire en une cavité cystoïde ; 3) l'examen microscopique a montré que la paroi de cette cavité avait la même texture que l'ovaire ; en outre, dans la cavité même, on a trouvé des restes de fœtus et comme un vestige de placenta.

C. Schrœder n'admet comme grossesse ovarienne que les cas où l'ovule, fécondé dans la vésicule de Graaf, s'y arrête et continue à s'y développer sous la tunique albuginée.

Heineken ne regarde comme grossesse ovarienne que celle où le placenta se trouve dans l'intérieur même de l'ovaire et le sac fœtal dans la cavité péritonéale.

Zmigrodsky, après une analyse minutieuse des auteurs ci-dessus, sur les formes diverses de la grossesse ovarienne), dit : On peut, il me semble, admettre la grossesse comme ovarienne, lorsque l'ovaire est le terrain unique et primitif du développement de l'ovule, ou lorsque, avec le développement ultérieur de la grossesse, il se forme une liaison organique intime du placenta avec le tissu de l'ovaire. En général

le point d'attache du placenta joue un rôle capital dans la classification des grossesses extra-utérines. Il faut distinguer la simple adhérence du sac fœtal avec l'ovaire de ce que nous avons nommé la liaison organique du placenta avec le tissu de l'ovaire.

Werth, dans sa belle monographie sur la grossesse extra-utérine, en analysant les symptômes qui caractérisent la grossesse ovarienne, s'exprime ainsi :

Des divers critériums servant à caractériser la grossesse extra-utérine, tels qu'ils ont été formulés par Spielberg entre autres, il n'en reste en fin de compte décidément qu'un seul positif, mais sa valeur pour le diagnostic anatomique est de la plus grande importance, c'est lorsque le sac fœtal sort manifestement des annexes et que l'état de la trompe de Fallope exclut toute possibilité de sa participation à la formation du sac fœtal.

Enfin je citerai l'opinion de Lawson Tait et de ses partisans d'après laquelle toute grossesse extra-utérine est tubaire.

Quant à la fréquence de la grossesse ovarienne C. Schrœder pense qu'un grand nombre de cas en a été décrit sous le nom de grossesse péritonéale.

Landau exprime même l'opinion que tous les cas de grossesse abdominale, qui ont été publiés, doivent être comptés pour des grossesses ovariennes.

Ces données bibliographiques quoique peu nombreuses suffisent pour montrer la divergence des opinions qui règne encore aujourd'hui sur la grossesse extra-utérine en général, et sur la grossesse ovarienne en particulier.

C'est pourquoi chaque fait nouveau, s'il est observé avec soin, mérite, à mon avis, d'attirer l'attention des gynécologues.

L'année passée j'ai eu l'occasion d'observer un cas de grossesse extra-utérine qui, par les circonstances qui l'ont accompagné, mérite une description détaillée :

Le 24 octobre 1888, A., âgée de 27 ans, s'est présentée à

mon dispensaire. La malade. originaire de la Russie méridionale, a été menstruée à 15 ans; jusqu à 20 ans, époque de son mariage, les règles se montraient tous les 25 jours et elles duraient 5 jours très abondantes, sans douleurs; après son mariage leur caractère a un peu changé, elles se renouvelaient tous les 25 jours, duraient 3 ou 4 jours, peu abondantes et sans douleurs. A 21 ans, accouchement normal et allaitement maternel; santé bonne jusqu'au mois de juin 1887. D'après son mari, encore bien portante, elle avait une mauvaise mémoire, était irritable, capricieuse et craignait de rester seule dans une chambre.

Le 16 ou le 17 octobre les règles réapparurent, mais elles s'arrêtèrent bientôt et furent suivies de quelques jours de malaise, la malade supposa qu'elle avait pris froid; mais la sage-femme appelée lui déclara qu'elle était enceinte. Vers la mi-janvier 1888, nouveaux malaises : fièvre, vomissements et apparition de sang aux parties sexuelles. La malade croit à un retour des règles, mais la même sage-femme constate une grossesse de 4 mois. A partir de février 1888, A. se sentit bien et le 18 juin, elle arriva à Moscou.

Sur les premiers mouvements de l'enfant, la malade donne des renseignements confus et contradictoires, évidemment par manque de mémoire, conséquence de son état d'épuisement.

Tantôt elle croit les avoir sentis au commencement du printemps, tantôt vers le mois de juillet 1888; mais elle assure constamment avoir senti au mois de juillet des mouvements très forts et très énergiques et que ces mouvements étaient restés tels jusqu'à sa maladie, qui s'est déclarée le 17 septembre de l'année passée et qu'elle continue à attribuer à un refroidissement. Cette maladie s'est manifestée par des symptômes qui persistent encore : fièvre avec frissons fréquents et parfois sueurs, nausées, vomissements; faiblesse générale, perte d'appétit et irritabilité. Les médecins de l'endroit regardant l'élévation de la température comme une indication pour l'accouchement artificiel lui ont, à partir du 27 septembre au 10 octobre, prescrit des douches vaginales chaudes plusieurs fois par jour; les couches ne se produisant pas, du 10 au 13 octobre, il fut introduit dans le canal cervical des éponges pressées; du 13 au 19, la laminaria et enfin du 19 au 22 (un cathéter) une sonde élastique. Toutes ces manipulations restant sans effet sur les douleurs de l'enfantement, on décida d'amener la malade à Moscou.

État actuel. — Taille moyenne, constitution bonne, tissu adipeux suffisamment développé, anémie prononcée, faiblesse, fièvre, irritabilité, pleurs; seins bien développés, coloration foncée de l'aréole, hypertrophie des glandes de

Montgomery ; en pressant le mamelon on en fait sortir facilement une dose considérable de lait très épais. Ligne blanche pigmentée, dimension du ventre au niveau de l'ombilic : 103 centim. L'auscultation abdominale ne fait percevoir aucun bruit du cœur fœtal, et à la palpation on ne sent pas de parties menues, ni la tête du fœtus. Parois abdominales tendues, douloureuses dans la partie droite inférieure.

Au toucher, le côté droit de la voûte du vagin est très douloureux ; le col de la matrice est petit, non pâteux et fermé ; sur son côté gauche latéral, il y a une rupture, suite des couches précédentes ; la matrice est peu augmentée, la sonde pénètre dans sa cavité sur une longueur de 9 centim., in toto, elle est penchée du côté gauche, où on peut la palper par le vagin et par le rectum. Urine fortement albumineuse ; rate gonflée. Les autres organes ne présentent rien de particulier, sauf la faiblesse du cœur. La malade se plaint de chaleur, de frissons, de transpiration ; faiblesse générale, perte de l'appétit, nausées, vomissements, douleurs très violentes dans l'hypogastre, dysurie, constipation alternant avec diarrhée ; excitabilité persistante.

D'après ces données j'ai diagnostiqué une grossesse extra-utérine avec périparamétrite et probablement avec suppuration dans le sac fœtal ; l'unique remède, l'indication vitale, à mon avis, était la laparotomie. Les professeurs A M. Makiéeff et W. F. Snéguireff appelés en consultation ont confirmé mon diagnostic et la laparotomie a été jugée le seul remède. La malade était si faible qu'il ne pouvait être question de bain avant l'opération ; on s'est borné à la laver au lit avec du savon à l'acide phénique et à lui appliquer sur le ventre, la veille de l'opération, une compresse imbibée d'une solution d'acide phénique à 2 0/0.

Le 2 novembre 1888, à 1 heure après midi, la température du corps étant très élevée, j'ai fait la laparotomie avec la coopération des professeurs M. F. Snéguireff et A. M. Makiéeff, des docteurs Goubaroff, Andréeff, Solovieff, Jakonbowky, Kliatscko et Solodovnikoff.

L'incision a été faite sur la ligne blanche à partir du nombril vers le bas jusqu'à 2 1/2 centim. de la symphyse du pubis. Arrivé au péritoine, qui était très épais et ne pouvait être saisi par les pinces dentelées, j'ai taillé prudemment avec le scalpel le feuillet péritonéal ; il en sortit aussitôt des gaz fétides, ensuite j'ai agrandi l'ouverture avec le doigt.

En explorant avec la main la cavité disséquée, j'ai pu me persuader que j'avais pénétré dans le sac fœtal ; en effet mon doigt venait s'appuyer directement sur les jambes du fœtus (genou droit). Ce dernier était couché l'abdomen en avant,

les fesses en bas du côté droit et la tête en haut du côté gauche. Tout en arrosant les parties d'une manière continue, j'ai retiré le fœtus par les pieds, et malgré la grande masse d'eau versée dans la cavité, l'odeur du liquide sanguino-purulent qui s'en écoulait était insupportable. Après l'extraction du fœtus, la cavité fut purifiée avec soin ; pendant l'extraction, le cordon ombilical lâche se rompait au moindre contact ; la partie des membranes restée entière fut ou lavée par un filet d'eau ou éloignée avec la main. Le placenta était attaché à la partie postérieure du sac fœtal ; l'insertion en étant très solide, je ne l'ai pas détachée, mais laissée en place en ayant soin d'en frictionner avec une émulsion iodoformée toute la surface ainsi que les parois internes du sac fœtal dans lequel j'introduisis deux drains : l'un de gros calibre, péritonéo-vaginal, fut disposé de manière à ce que l'une de ses extrémités passât avant de sortir par la paroi postérieure de la voûte du vagin, l'autre extrémité, supérieure, fut cousue au milieu de la plaie de manière à dépasser la paroi abdominale de 1/4 d'archine (1).

Ce drain dans la partie qui passait par le sac fœtal fut perforé en 3 endroits. Le second drain de plus petit calibre et percé de nombreuses ouvertures, fut placé de manière à ce que son milieu se trouvât dans le sac fœtal et ses deux extrémités furent suturées aux coins (supérieur et inférieur) de la plaie. La plaie de la paroi abdominale fut fermée au moyen de 3 sutures solides avec de la soie, et avec des *petits rouleaux* ; en outre il fut encore fait avec de la soie des sutures en *nœuds, profondes et superficielles ;* sur le tout il fut mis un bandage de Marly et d'ouate iodoformée. La malade fut remise dans son lit et l'extrémité abdominale du premier drain fut réunie au tube d'une grande cruche d'Esmarch, son extrémité vaginale au tube déversant de manière à produire un arrosage complet, continu avec une faible solution d'acide phénique à 30° R. Sur le bandage on posa une vessie de glace. Le fœtus extrait, du sexe masculin et parvenu à maturité, était complètement macéré et décomposé. Il pesait 3,250 gr., et avait les dimensions suivantes :

De la tête aux talons.............	50	centim.
Largeur des épaules............	12	»
Largeur des fesses entre les condyles	9	»
Grande circonférence de la tête..	34	»
Diamètre antérieur de la tête.....	8	»
Diamètre postérieur de la tête....	9	»
Diamètre long oblique..	13	»

1 Une archine a 70 cent.

La période qui suivit l'opération s'écoula comme il suit : les 2 premiers jours, 2 et 3 novembre, la malade est faible, a des nausées, des douleurs abdominales insignifiantes ; urines vert foncé, température le 2ᵉ jour, 38°. Par le drain péritonéo-vaginal, il s'écoule une masse considérable de liquide trouble et floconneux. A partir du 4 novembre, plus de nausées, l'état est satisfaisant jusqu'au 7 novembre. L'appétit est bon, la température varie entre 37° ; 37°,7 ; persistance de l'écoulement par le drain d'un liquide trouble et floconneux. Le 6 novembre au soir l'écoulement par le drain péritonéo-vaginal s'arrête, mais il réapparaît dès que le drain a été nettoyé par un fil d'archal. Le 7 novembre état satisfaisant, la malade manifeste le désir de manger, température, le matin, 37°,7; le soir 38°,2. Le bandage est devenu humide et il s'en dégage une odeur d'urine. En l'ôtant on s'aperçoit que par l'extrémité inférieure du drain de petit calibre, il s'écoule une grande quantité d'urine et que du drain péritonéo-vaginal, il sort un liquide limpide, parfois trouble. L'écoulement de l'urine par le drain persista toute la journée et le bandage dut être changé 3 fois.

Le 8 novembre, écoulement d'une petite quantité d'urine par le drain et en même temps émission suffisante par l'urèthre ; pour le reste, état satisfaisant, température 37°,6.

Le 9 novembre, l'écoulement de l'urine par le drain, s'est arrêté, mais dans la nuit, il y eut deux petites selles liquides, en outre des deux extrémités du drain péritonéal, on perçoit une odeur fécale, et de son extrémité inférieure, il s'écoule une petite quantité d'excréments liquides ; cependant au lavage du drain péritonéo-vaginal il s'écoule une eau limpide. Température 37°,1 ; 37°,8. Le 10 novembre même état, enlèvement de la première suture fondamentale et de plusieurs sutures externes, réunion par première intention seulement partielle. Le 11 novembre écoulement abondant d'excréments liquides par le drain abdominal; aucune évacuation par l'anus, écartement des bords de la plaie sur une longueur de 7 centim. Le drain abdominal est retiré et le bandage changé trois fois par jour. Etat de l'opérée satisfaisant. Température 37°,7; 37°,9. Le 12 novembre évacuations des excréments par la plaie en quantité beaucoup moindre. Irritabilité, pleurs; mais pas de douleurs particulières. Température 37°,3; 38°,3.

Le 13 novembre, pendant la nuit, l'opérée s'est arraché le drain abdomino-vaginal. En enlevant le sac fœtal, il en sort une grande quantité de tissus mortifiés et un peu d'excréments liquides.

Introduction dans le sac fœtal d'un morceau de marly iodoformé, dont une partie pend au dehors. L'irritation de la

malade continue ; le pouls est irrégulier, au delà de 100, assez plein. Température 37°,8 ; 37°,7.

Le 14 novembre, à l'irritation vient se joindre la perte de la mémoire, et de l'agitation. Le manque de mémoire se manifeste, non seulement pour les événements passés depuis longtemps, mais encore pour les faits récents ne datant que de quelques minutes ; du reste présence d'esprit complète. Plus d'évacuation fécale par la plaie. Les parties visibles de la plaie et du sac fœtal même sont couvertes de bonnes granulations. Le sac fœtal a considérablement diminué ; la sonde y pénètre à 9-10 centim. Température 37°,9-37°,5. Les 15 et 16 novembre, même état Le 17 novembre, outre les symptômes ci-dessus, refus de nourriture ; le docteur S. S. Korsakoff appelé en consultation, a constaté une maladie psychique très rare se rapportant aux troubles psychiques propres à la neurite multiple, forme qu'il a décrite en 1887 dans le *Wiestnik psichiâtrii*. Outre ce dérangement psychique, le 17 novembre il avait déjà constaté à la pression cet état morbide des nerfs et des muscles, ainsi que l'absence de réflexes du genou. Quant à la marche ultérieure de la maladie même, le sac fœtal diminuait rapidement, au point que le 23 novembre, il pouvait à peine contenir 40 grammes de liquide ; le 2 décembre, il n'en contenait plus que 15 grammes environ, et, enfin, le 20 décembre, jour de la sortie de la malade du dispensaire, pas plus de 8 grammes.

Par la suite les troubles psychiques empirèrent ainsi que les symptômes de la neurite multiple : paralysie partielle des extrémités inférieures, et, plus tard, des extrémités. supérieures. Et la malade fut transférée à la clinique psychique le 20 décembre 1888. Il faut remarquer que la nutrition générale de la malade s'était considérablement améliorée les derniers temps. Mais à la clinique la paralysie fit des progrès, il s'y joignit encore celle du diaphragme, et la malade mourut le 3 janvier 1889.

Il est incontestable que la mort fut la conséquence de la neurite multiple, et en effet, à l'examen des nerfs, on trouva des modifications essentielles tant dans les extrémités supérieures et inférieures que dans les nerfs vagues et phréniques. Ces neurites dégénératives accompagnent très souvent les troubles psychiques ; on les regarde comme la conséquence de l'influence toxique sur le système nerveux de certains virus qui circulent dans le sang. Il n'est pas rare de les voir se développer dans les circonstances où dans l'organisme, il se forme une quantité considérable de ptomaïnes.

Le Dr S. S. Korsakoff me communiqua un cas analogue qu'il avait observé après l'accouchement d'un fœtus décomposé et qui avait eu une issue heureuse. Dans mon cas,

les conditions étaient les mêmes et l'on peut comme probabilité admettre l'introduction dans le sang des produits de décomposition. L'autopsie fut faite par le D[r] Nikiforoff. De son rapport je n'extrairai que ce qui concerne l'état des organes de la cavité péritonéale. Tissu adipeux considérablement développé. L'épiploon, une partie de l'S iliaque sont fixés à la partie antérieure de l'abdomen par des adhérences lâches; matrice déplacée vers la gauche. L'ovaire gauche a considérablement diminué; longueur 16 millim., largueur 13 millim.; l'ovaire droit est de grandeur normale, longueur 35 millim., largeur 25 millim. A gauche de la matrice et faisant corps avec l'ovaire gauche, on trouve le sac fœtal intimement uni au péritoine sclérosé et au tissu cellulaire. La cavité du sac est de la grandeur d'une noix, et l'intérieur est villeux.

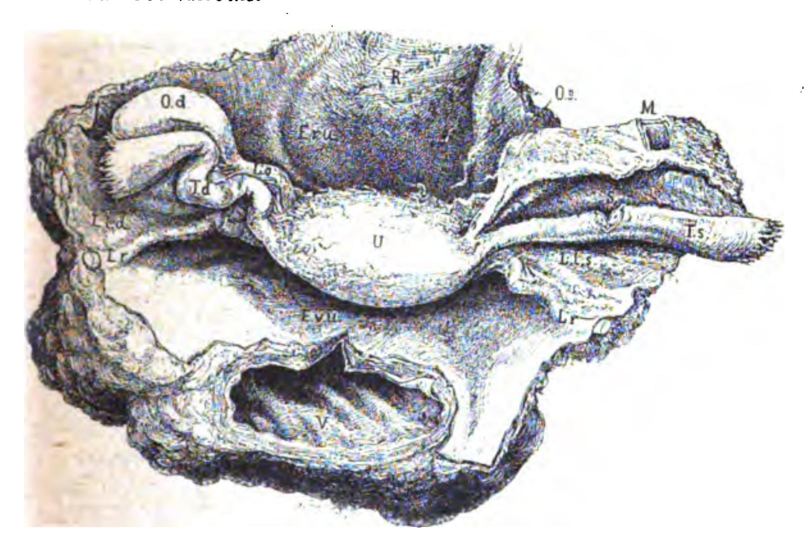


FIG. — R., rectum. — E. r. u., excavation recto-utérine. — O. d., ovaire droit. — L. o., ligament de l'ovaire droit et gauche. — U., utérus. — O. s., coupe dans le reste de l'ovaire gauche. — M., point de découpure au tissu des parois du sac fœtal pour l'examen microscopique. — S., aspect du reste de la cavité du sac fœtal et point de section de la trompe de Fallope. — T. s., trompe de Fallope gauche étendue. — T. d., trompe de Fallope droite, en zig-zag. — L. l. d., ligament large droit. — L. l. s., ligament large gauche. — L. r., ligament rond droit et gauche. — E. v. u., excavation vésico-utérine. — V., vessie disséquée.

La trompe gauche de Fallope est devenue plus longue, la lumière en est libre, sans être élargie; celle de droite est en forme de zig-zag et la lumière à son extrémité abdominale

est oblitérée. A droite de la matrice, on remarque des traces de paramétrite chronique, et antérieurement des adhérences périmétriques. La vessie renferme une petite quantité d'urine épaisse contenant des cellules épithéliales : cystite catarrhale. Dans les parois postérieures de la vessie on trouve un petit cul-de-sac qui, après examen, a été reconnu pour une fistule avec traces de cicatrices, reliant la cavité du sac avec la vessie. Rectum élargi dans sa partie inférieure par les excréments. Sur la muqueuse du rectum cicatrices d'une communication avec la cavité du sac fœtal. Volume de la matrice au-dessous de la normale. La muqueuse est hyperhémiée et couverte de mucus ; érosion sur la lèvre antérieure. Catarrhe utérin. Rate normale, couleur rouge sang à la section et à la surface externe deux petits kystes de la grosseur d'un petit pois. Reins normaux, capsule adipeuse très développée et facile à détacher ; gris rouge à la section.

Contenu des bassinets muco-purulent : pyélite. Intestins distendus, minces avec cicatrices catarrhales. Dans la région iléo-cæcale les follicules solitaires sont légèrement gonflés. Foie lardacé, hypertrophie et dégénérescence graisseuse.

L'examen macro-microscopique des organes sexuels par le professeur Z. F. Klein a confirmé le diagnostic de grossesse extra-utérine ovarienne : la tunique albuginée passe directement de l'ovaire gauche dans la paroi du sac fœtal, qui se compose de deux couches : 1) l'une fibreuse formant la prolongation immédiate de la tunique albuginée ; 2) l'autre interne, production récente du processus inflammatoire. Dans cette dernière couche on remarque par endroits : a) des cheveux fins encapsulés, enveloppés d'un réseau de tissu cellulaire, et provenant de la tête du fœtus. La macération de cette dernière était complète ; b) un cercle large composé d'hématoïdine amorphe. Dans la couche extérieure de la paroi du sac fœtal, il se trouve des cavités la plupart arrondies, tapissées à la périphérie d'un épithélium cuboïde et présentant au centre des cellules à *angles ?* En un mot des cavités qui rappellent les follicules de l'ovaire.

En examinant les autres parties de la préparation, on y découvre aussi des cavités qu'à la section transversale, il est facile de reconnaître pour des fissures thrombosées se rapportant probablement aux vaisseaux lymphatiques : lymphangite productive. Le thrombus lui-même est formé de l'endothélium hypertrophié. Par-ci, par-là se trouvent des artères et des veines variqueuses dont quelques-unes contiennent des caillots et d'autres sont vides.

RÉSUMÉ : a) allongement de la trompe de Fallope gauche ;

sous la pression elle donne la sensation d'un cordon ; *la lumière en est libre dans toute son étendue, sans être élargie ;* le pavillon est normal, non soudé à l'ovaire ; b) liaison organique et intime du sac fœtal avec l'ovaire gauche ; la tunique albuginée y pénètre directement et en forme la couche périphérique ; c) les ailerons du ligament large gauche sont très distincts sur la préparation et le sac fœtal est à peine soudé au ligament large correspondant. Si dans le cas présent on exclut de la formation du sac fœtal la trompe de Fallope, ce qui d'après Werth est de la plus grande importance, et le péritoine pelvien, on ne peut admettre qu'une grossesse ovarienne qui s'est développée dans l'ovaire gauche. Si l'on y ajoute la diminution considérable de l'ovaire gauche et le résultat de l'examen microscopique des parois du sac fœtal, je crois pouvoir affirmer que le cas décrit cidessus est une grossesse ovarienne.

Admettre uniquement la soudure du sac fœtal avec l'ovaire gauche et non leur liaison organique, n'est pas possible ; car la tunique albuginée de l'ovaire gauche passe directement dans la paroi du sac fœtal et en compose la couche périphérique.

L'absence du placenta et de la place de son insertion à la surface interne de la paroi du sac fœtal, n'a aucune importance dans le cas présent. Sans parler de mon intime conviction de l'insertion du placenta à la paroi interne du sac fœtal, ce dont on a pu facilement se convaincre pendant l'opération, ni de la marche de la putréfaction qui s'était produite dans le sac fœtal avant l'opération, etc., j'arrive aux conclusions suivantes : la malade est morte plus de deux mois après l'opération, période plus que suffisante pour l'*involution*, si l'on peut s'exprimer ainsi, de la paroi du sac fœtal, et il est possible que la partie où se trouvait le placenta se soit involuée la première. Il se peut aussi que par suite des modifications survenues dans le cours de ces deux mois après l'opération, on n'ait pu trouver de follicules bien caractéristiques de l'ovaire, mais seulement des touffes fibreuses de tunique albuginée de l'ovaire. Il

ne reste plus que la question de la partie intacte de l'ovaire où s'est développée la grossesse extra-utérine. Il me semble qu'on ne peut poser comme condition catégorique l'absence complète de l'ovaire correspondant à la grossesse extra-utérine, si l'on prend en considération les circonstances qui suivent : 1) pour diagnostiquer une grossesse ovarienne tous les gynécologues n'admettent pas comme critérium l'absence complète de l'ovaire ; 2) les cas de grossesses ovariennes étudiées jusqu'ici, sont trop peu nombreux et ne peuvent nous fournir un critérium irréfutable pour la grossesse ovarienne; 3) on trouve dans la littérature médicale des données macro- et microscopiques où l'ovaire dans lequel s'était développée la grossesse extra-utérine ovarienne, n'était que diminué, et non détruit; 4) dans le cas présent, comme on en a eu la preuve évidente par la préparation anatomique et par la figure ci-jointe, ni la trompe de Fallope, ni le péritoine qui l'entoure, n'ont pris part à la formation du sac fœtal.

En m'appuyant sur les preuves que je viens d'exposer, je conclus que ce cas est une grossesse ovarienne extra-utérine.

En terminant cette étude, je dois aussi ajouter qu'il peut nous servir à réfuter dans une certaine mesure l'opinion de Lawson-Tait et de ses disciples qui affirment que tous les cas de grossesse extra-utérine n'appartiennent qu'à une seule forme, à la forme tubaire.

Bibliographie. — PUECH. Grossesse de l'ovaire. *Ann. de Gyn.*, 1878. — Du traitement des grossesses extra-utérines. *Ann. de Gyn.*, 1879. — COHNSTEIN. Beitrag zur Schvangerchaft ausserhalb der Gebärmutter. *Arch. f. Gynäk.* Bd XIII. — SPIEGELBERG. Zur casuistik der Ovarialschwangerschaft. *Arch. f. Gynäk.* Bd XIII. — TALBOT JONES. *Ann. f. of Med. Sc.*, avril 1879. — HUEPPE *Die Bedingungen der ovarial und abdominal schwangerschaft*. Inaug. Diss Berlin., 1876. — PATIENKO. *Étude de la grossesse extra-utérine*. St-Pétersbourg, 1878. — WATH. *Beit. z. Anat. and. z. operat. Behand d. Extrauterinschwangerschaft*. Stuttgart, 1887. — ZMIGRODSKY. *Étude de la grossesse extra-utérine*. St-Pétersbourg, 1886. — SCHRŒDER. *De l'accouchement*. Ed. russe, 1881. — HEINEKEN. *Ub. Extrauterin schwangerschaft mit Berüksichtigung einer Fulles von Laparotomie bei Graviditas. ovaria*. Halle, 1881. — LANDAU. *Arch. für Gynäk.* Bd XVI. — *Berl. Klin. Woch.*, 1884. — *Deuts. med. Woch.*, 1884. — BANDL. *Maladies des trompes, des ligaments, du périt. pelvien*. — LAWSON-TAIT. *Obst. Journ.*, 1880. *Lancet* et *Bristol med. Journ.*, 1884 et 1885, *Brit. gyn. Journ.*, 1885.

EXPÉRIENCES ET RÉFLEXIONS SUR LE DRAINAGE DU PÉRITOINE

Par le Dr **Pierre Delbet**, prosecteur à la Faculté de médecine.

L'opinion des chirurgiens sur le drainage du péritoine s'est singulièrement modifiée depuis vingt ans (1). Les gynécologistes ayant remarqué qu'après les laparotomies, le cul-de-sac de Douglas devenait parfois le siège d'un épanchement qu'il était nécessaire d'évacuer par des ponctions vaginales ou rectales (Spencer Wells, Keith), l'idée devait naturellement se présenter de faire un drainage préventif pour éviter ces épanchements.

Peasle dans son livre sur les tumeurs de l'ovaire (2) conseilla d'employer ce drainage dans les cas où les sécrétions sont à redouter. Kœberlé (3) en 1867 décrivit le tube de verre qui porte son nom, et qui fut adopté avec de légères modifications par Spencer Wells, Keith, Atlee, et d'autres. Mais jusqu'en 1872, le drainage préventif après les laparotomies n'était employé que dans des cas particuliers et relativement rares.

C'est en 1872 que Marion Sims (4) voulut généraliser l'emploi du drainage péritonéal. Ayant constaté que presque toutes les morts après laparotomie étaient dues à la septicémie, et qu'on trouvait alors un exsudat altéré dans le péri-

(1) On peut faire remonter l'histoire du drainage du péritoine jusqu'à Celse, qui l'a recommandé dans les cas d'ascite (*De medicina*, libri VII, ch. XV). Il a depuis été employé et conseillé par Avicenne, Guy de Chauliar, Ambroise Paré, etc. Cette lointaine histoire est ici sans intérêt. Il ne s'agit pas du drainage dans l'ascite : mais du drainage après les laparotomies. Et c'est seulement depuis que l'ouverture large du ventre est entrée dans la pratique chirurgicale que cette question est devenue intéressante.

(2) PEASLE. *Ovarian Tumors*, p. 509.

(3) KŒBERLÉ. *Gaz. des hôpitaux*, 1867.

(4) M. SIMS. *On Ovariotomy*, 1873.

toine, il conseilla de ponctionner le cul-de-sac de Douglas et de drainer par le vagin dans tous les cas de laparotomie pour donner issue aux liquides oxsudés et empêcher leur altération.

Sims fit un grand nombre de prosélytes en Allemagne. La plupart des chirurgiens de ce pays se déclarèrent partisans du drainage préventif, entre autres Nussbaum (1), et Olshausen (2), pour ne citer que les plus célèbres.

L'enthousiasme ne fut pas de longue durée. La pratique de l'antisepsie et la technique de la laparotomie s'étant rapidement perfectionnées, on ne tarda pas à remarquer d'une part que le drainage vaginal ne remplissait pas toujours son but, d'autre part que les liquides exsudés par le péritoine n'étaient pas dangereux tant qu'ils étaient aseptiques. On en vint à se demander si le drainage n'était pas une complication inutile, et même si les drains en laissant la porte ouverte à l'infection n'étaient pas quelquefois plus dangereux qu'utiles. Le drainage préventif fut abandonné par ses plus chauds partisans (3).

Cette tendance à restreindre l'emploi du drainage s'accentuait de plus en plus. Avec les progrès de l'antisepsie, ses indications devenaient plus rares ; quand on vit « avec étonnement (4) » Bardenheuer (5) se faire le champion du drainage préventif. Après l'avoir employé avec succès dans les cas d'hystérectomie, il l'employa et conseilla de l'employer à la suite de toutes les opérations, portant sur le péritoine. En 1882, A. Martin (6) lui répondit en s'attachant à réfuter ses arguments. La tentative de Bardenheuer n'a pas arrêté

(1) NUSSBAUM. *Bayerisches ærztliches Intelligensblatt*, 1874, nº 3.

(2) OLSHAUSEN. *Berlin. klinisch. Wochenschrift*, 1876, 10 et 11.

(3) OLSHAUSEN. *Samml. klinisch. Vorträge v. R. Volkmann*, nº 111, 1877.

(4) C'est A. MARTIN qui s'exprime ainsi. Die drainage bei peritonealen operationen. *Samml. klin. Vorträge v. R. Volkmann*, nº 219, 1882.

(5) BARDENHEUER. Zur Frage der Drainirung der Peritonealhöhle, 1879. *Die Drainirung der peritonealhöhle*, 1881, et *Cent. f. Gyn.*, 1881, nº 22.

(6) A. MARTIN. *Loc. cit.*

la tendance à restreindre l'emploi du drainage. Lui-même a complètement renoncé aux idées qu'il défendait en 1880 : il me disait récemment en parlant de ses deux volumineux mémoires, « c'est de l'histoire ancienne ».

Aussi, il est inutile de discuter aujourd'hui comme on le faisait alors sur les propriétés absorbantes du péritoine. Tout le monde sait que lorsque la membrane est saine, les propriétés d'absorption sont très considérables et personne ne considère plus le drainage comme un temps nécessaire des laparotomies.

Cependant comme on y a recours encore dans certains cas particuliers, j'ai pensé qu'il pourrait être intéressant de chercher à préciser par des expériences le mode d'action du drainage péritonéal.

I. — Expériences sur le drainage.

Mes premières expériences ont été faites sur le cadavre de la manière suivante. J'ouvre l'abdomen comme dans une laparotomie et je le remplis d'eau. Je place ensuite un tube au-dessus du pubis dans l'angle inférieur de la plaie, en prenant soin que son extrémité n'aille pas buter contre les parois du bassin. J'ai employé successivement des tubes de verre et des tubes de caoutchouc, avec ou sans orifices latéraux. Le tube mis en place, je ferme l'abdomen de manière à ce qu'il ne reste pas d'autre orifice que celui du tube. Puis pour remplacer la pression abdominale, je fais exercer sur le ventre des pressions plus ou moins considérables. Je fus très surpris de voir que bien que l'abdomen fût rempli, le liquide ne s'écoulait que très peu ou pas du tout par le tube. Si on secoue le tube en le soulevant légèrement et rapidement tandis qu'on continue toujours à peser sur l'abdomen, on voit un jet de liquide s'échapper en s'élevant assez haut, mais c'est tout ; l'écoulement s'arrête aussi brusquement qu'il s'est produit. On peut ainsi soulever le tube plusieurs fois et on obtient toujours le même résultat. Il s'écoule une quantité de liquide

variable, mais en général peu considérable, puis tout écoulement cesse. L'nterprétation de ce phénomène imprévu est facile. Les anses intestinales mobiles se mettent au contact du tube et oblitèrent ses orifices.

Mais ces expériences avaient été faites sur le cadavre dont les anses intestinales sont à la fois flasques et dépolies. Il y avait lieu de se demander si les mêmes phénomènes se reproduiraient sur le vivant. Pour le savoir j'ai répété les expériences sur des chiens vivants. L'intestin du chien a, comme on sait, une musculature beaucoup plus puissante que celui de l'homme. Contracté, il a presque la dureté du bois. Par suite, il est mal disposé pour se mouler sur l'orifice des tubes. Malgré cela les choses se passèrent absolument comme sur le cadavre humain.

Cependant, il est bien certain, que dans les cas où l'on emploie le drainage à la suite des laparotomies, on voit sortir par le tube de la sérosité roussâtre en quantité parfois considérable. Il y avait donc une évidente contradiction entre mes expériences et les faits cliniques. Pour en trouver l'explication j'ai continué mes recherches (1).

Le 3 juin 1889, je draine le péritoine d'un chien de petite taille avec un tube de verre, placé dans le cul-de-sac de Douglas. Le 5 juin, deux jours après, je fais une paracentèse avec un gros trocart et j'injecte dans la cavité abdominale 50 gr. de solution salée aseptique. Rien ne revient par le tube. J'injecte 50 autres gr., soit 100 gr. en tout, rien ne revient d'abord, mais l'animal fait un brusque mouvement, et tout à coup le liquide s'écoule par le tube. A partir de ce moment, à chaque nouvelle injection, le liquide revient par le tube de verre. L'animal est mis à mort. Autopsie immédiate. Le drain est entouré de fausses membranes, qui unissent des anses intestinales. Entre deux anses partiellement adhérentes, existe une sorte de fissure. L'interprétation des phénomènes me paraît être la suivante : Le drain était complètement isolé

(1) Toutes les expériences qui suivent ont été faites avec une rigoureuse antisepsie. Elles ont été pratiquées au laboratoire de M. Dastre, que je ne saurais trop remercier.

par les adhérences de la grande cavité péritonéale; c'est ce qui a empêché les premières injections de revenir. Puis, lors des mouvements de l'animal, une adhérence s'est déchirée. Par la fissure ainsi produite, le liquide a pu pénétrer de la grande cavité péritonéale dans la petite cavité formée par les fausses membranes et s'écouler par le tube.

Voici d'autres expériences :

Le 4 juin, je place dans le péritoine d'un chien un tube de caoutchouc. Le 6, quarante-huit heures après, j'injecte par la canule d'un trocart 150 gr. de liquide dans la cavité abdominale. Rien ne revient par le tube.

Autopsie immédiate. — Le tube est complètement entouré par l'épiploon (1). Mais il n'y a pas de fausses membranes.

Le 5 juin, je draine l'abdomen d'une grosse chienne avec deux tubes, l'un en verre, l'autre en caoutchouc. Immédiatement, j'injecte par le tube en caoutchouc cinquante grammes de la solution salée, rien ne revient. J'injecte 50 autres gr., soit 100 gr. Le liquide revient par le tube de verre, mais rien ne revient par le tube de caoutchouc, bien que l'injection ait été poussée par ce dernier. J'injecte alors 100 gr. par le tube de verre, le liquide revient par ce tube, mais rien ne passe par le tube en caoutchouc. Le 7 juin, je fais une injection par le tube de caoutchouc, le liquide revient immédiatement, mais seulement par le tube de verre. Dans la nuit du 7 au 8, le tube de verre donne écoulement à une quantité considérable de sérosité jaunâtre. Le 8, l'animal est tué. Autopsie. Les deux drains complètement isolés de la grande cavité péritonéale, sont réunis dans une même cavité accidentelle formée par les anses intestinales adhérentes. L'écoulement spontané, qui avait été assez considérable, ne venait donc pas de la grande cavité péritonéale. C'était le résultat de l'exsudation des fausses membranes constituant la petite cavité péritubulaire.

Le 6 juin, je place deux tubes à drainage l'un en verre, l'autre en caoutchouc dans le péritoine d'un chien. Le 7, j'injecte 100 gr. de solution salée par le tube en caoutchouc, rien ne revient.

(1) Chez les chiens âgés, l'épiploon est très développé, et il est fort gênant.

Le 8, l'animal est mis à mort. Les tubes sont enveloppés par l'épiploon. Pas d'adhérences.

J'ai fait d'autres expériences avec des tubes de verre, des tubes de caoutchouc et de la gaze iodoformée pour déterminer au bout de combien de temps, les drains étaient séquestrés par les adhérences. Ces expériences sont au nombre de huit. Je crois inutile d'en donner le détail. Qu'il me suffise de dire, qu'elles ont été faites avec toutes les précautions antiseptiques et sur des péritoines sains. J'ai constaté qu'au bout de 48 heures, la séquestration était toujours complète, si ce n'est dans les cas où l'épiploon entourait les tubes. En outre, il arrive parfois que les tubes sont partiellement ou complètement oblitérés par des coagulations fibrineuses.

Voici, je crois, les conclusions qu'il convient de tirer de ces expériences :

1° Le fonctionnement des tubes à drainage est très aléatoire. Les anses intestinales en se mettant au contact de leurs orifices peuvent empêcher les liquides d'y pénétrer.

2° Ces tubes peuvent en outre être oblitérés par des coagulations fibrineuses.

3° Les drains capillaires (mèches de gaze ou de coton) qui échappent à ce reproche sont supérieurs aux tubes.

4° Il se produit rapidement autour des différents drains, même s'il sont aseptiques, des adhérences, qui les isolent de la grande cavité péritonéale. Ce fait a été déjà constaté par différents expérimentateurs, particulièrement par Heinricius (1).

5° Par suite, il est impossible d'obtenir un drainage efficace et durable de la grande cavité péritonéale. On a vu en clinique des collections se former tout près des drains, derrière les adhérences qui les isolaient (2).

---

(1) HEINRICIUS On den profylaktiska drainagen af peritonealhälan vid Ovariotomie. *Finska läkare sällsk handl.* XXVIII, p. 203. 244, 1886.

(2) BARDENHEUER. *Die drainirung des peritonealhöhle*, 1881.

6° La sérosité qui s'écoule par les drains doit venir dans la majorité des cas de transsudations qui se font par les adhérences dans la petite cavité formée autour de ces drains.

Il est bien entendu que je laisse absolument de côté les cas où il existe une ascite abondante. Les choses peuvent alors se passer d'une toute autre façon.

La portée de ces expériences n'est pas seulement théorique. Elles montrent que les anses d'intestin peuvent boucher la lumière des tubes ; or le fait a déjà été constaté en clinique, et Polk (1) a même rapporté un fait où il s'était produit une véritable hernie de l'intestin par les orifices latéraux d'un tube à drainage (2). Elles montrent encore que lorsqu'on place un drain, il faut se méfier de l'épiploon. Celui-ci en s'enroulant autour du tube peut le rendre complètement inutile. Le danger est réel ainsi que le prouve le cas de Hunter. Ce chirurgien a présenté à la Société obstétricale de New-York, le 17 novembre 1885, un tube de verre dont le quart inférieur était obstrué par l'épiploon, qui après avoir enveloppé le tube avait pénétré dans son intérieur par les perforations latérales.

Ces expériences doivent-elles entraîner cette conclusion que le drainage du péritoine est inutile ? en aucune façon. Mais en précisant son mode d'action, elles permettront peut-être de serrer de plus près ses indications. Il me paraît probable que les bons effets du drainage peuvent être dus à ce que les drains déterminent rapidement des adhérences qui isolent les points suspects. Ils agissent peut-être dans bien des cas en localisant le danger en dehors de la grande cavité séreuse, en rendant la lutte extra-péritonéale. Mais ces adhérences qui sont peut-être la raison de leur efficacité sont en elles-mêmes dangereuses, et c'est une raison de limiter l'emploi du drain, j'y reviendrai plus loin.

---

(1) POLK. Soc. Obs. of New-York. *Am. J. of obst.*, 1885, p. 1084. Discussion à la suite d'une communication de Nœggerath.

(2) Le même fait s'est produit dans un cas de Hégar ; mais ce chirurgien se servait de tubes énormes de 3 à 5 cent. de diamètre.



II. — Reproches faits au drainage.

Les reproches qu'on a faits au drainage sont assez nombreux, je vais les étudier successivement.

1° *Le drainage retarde la guérison.* — Dans le cas où on laisse le drain 24 heures, et où l'on serre lorsqu'on enlève un fil d'attente placé d'avance, le drainage ne retarda pas la guérison d'un seul jour. Si le drain reste longtemps en place, la guérison définitive peut être notablement retardée et c'est certainement un inconvénient. Mais ce n'est que dans des cas particuliers qu'on continue ainsi le drainage pendant plusieurs jours et dans les cas de ce genre, cet inconvénient n'est pas à mettre en balance avec les services qu'on peut attendre du drainage.

2° *Le drainage favorise l'infection septique.* — En somme, lorsqu'on met un tube, le péritoine reste ouvert jusqu'au moment où les adhérences se sont établies. Le tube est en quelque sorte une porte ouverte à l'infection, et cette infection peut se produire d'autant plus aisément qu'on est obligé de faire des pansements nombreux et que les salles de malades ne présentent pas d'ordinaire les mêmes garanties d'asepsie que les salles d'opération. Toutefois il est certain qu'avec des précautions on peut triompher de ce danger, qui est du reste supprimé dans les cas où on emploie le drainage capillaire avec la gaze iodoformée.

3° *Le drainage ne garantit pas l'écoulement des liquides exsudés dans l'abdomen.* — Bardenheuer avait déjà vu l'insuffisance des tubes. Comme il faisait le drainage par le vagin, il avait imaginé pour empêcher les anses intestinales d'entourer le tube, de faire au niveau du détroit supérieur une sorte de filet de catgut destiné à empêcher l'intestin de pénétrer dans le petit bassin. Les liquides devaient filtrer au travers des anses intestinales et du réseau de catgut, tomber dans le petit bassin, d'où ils auraient trouvé une issue facile par le tube vers le vagin. La mé-

thode de Bardenheuer ne s'est jamais généralisée, en raison sans doute de son extrême complication, de la difficulté de son exécution et de l'incertitude de son résultat. Depuis, Mikulicz (1) a beaucoup insisté sur l'influence des tubes et cela est tout à fait d'accord avec mes expériences. Je ne crois pas que les tubes seuls puissent garantir l'écoulement des liquides intra-péritonéaux, même dans les cas où l'on emploie l'aspiration, ainsi que je le dirai plus loin.

4° *Les tubes peuvent blesser et même perforer les viscères.* — Dans les cas où il s'est produit à la suite de la laparotomie des perforations tardives de l'intestin, on a volontiers incriminé le tube. Il est certain qu'un tube de verre, de gutta-percha, de caoutchouc durci, un tube rigide en un mot pourrait contusionner gravement un organe à peu près fixe comme la partie inférieure du rectum. Mais on peut éviter cet accident. Très souvent lorsqu'on veut drainer à la suite des laparotomies, on introduit le tube dans le cul-de-sac de Douglas, on le fixe à la paroi abdominale et les sutures terminées, on fait un pansement compressif. La paroi abdominale se déprime sous la pression du pansement ; le tube devient trop long et va buter contre le rectum. Il suffit d'y penser pour éviter cet accident.

5° *Le drain favorise la production de l'éventration.* — Pour Wylie (2), c'est le plus grave reproche qu'on puisse faire au drainage. Sims, Joseph Price (3) n'admettent pas que le reproche soit fondé. Lorsqu'on ne laisse le tube que 24 heures en place, on peut obtenir au point qu'il occupait une réunion en tout semblable à la réunion par première intention. Lorsqu'au contraire il reste longtemps, la petite plaie qu'il laisse à sa suite ne peut se réunir que par granulation. La cicatrice est par suite moins solide, mais sur une bien petite étendue. Aussi je ne crois pas que ce soit là un véritable

(1) MIKULICZ. *Arch. f klin. chir.*, vol. XXVI, p. III, 1881.

(2) G. L. WYLIE. *Obst. Soc. of New-York*, 20 avril 1886. *Am. J. of obst.*, 1886, p. 611.

(3) J. PRICE. *Am. J. of obst.*, 1888, p. 1069.

danger du drainage, à moins cependant qu'on ne se serve de drains absolument énormes.

6° *Le drain peut déterminer l'inflammation du péritoine.* — Il faut s'entendre sur ce reproche. Si l'on veut parler de l'inflammation adhésive qui amène la formation des adhérences, il est juste. Mais certains chirurgiens paraissent croire que le drain peut déterminer une péritonite grave, voire même mortelle. « Je ne puis m'empêcher de soupçonner, écrit Munde (1), que dans un certain nombre de cas, qui se sont terminés par la mort, le tube a agi comme un irritant direct, et que la péritonite à laquelle mes malades ont succombé, et qui ne s'est pas développée avant la fin de la première semaine pourrait bien ne pas être survenue si j'avais fermé entièrement la cavité péritonéale. » Il y a là dedans deux choses : l'idée que le drain puisse par lui-même déterminer une péritonite grave me paraît absolument erronée. Un drain aseptique n'entraîne pas d'inflammation sérieuse : je n'en ai jamais vu survenir chez les animaux. Mais quand Munde dit que peut-être sa malade ne serait pas morte, s'il n'avait pas employé le drainage, il est fort possible qu'il ait raison. L'infection a pu se faire secondairement par l'intermédiaire du tube. J'ai déjà traité cette question.

7° *Le drain entraîne la production d'adhérences.* — J'ai déjà dit, en m'appuyant sur mes expériences, qu'un drain laissé 48 heures dans l'abdomen s'entourait presque toujours d'adhérences. Heinricius (2), Lœbker (3) ont soutenu la même opinion. Cela est vrai des animaux et en particulier des chiens ; mais il est fort difficile de savoir comment les choses se passent sur l'homme. En effet dans les cas fort rares où on a pu constater l'état des drains en place, c'était soit au cours de laparotomies secondaires, soit pendant des autopsies, c'est-à-dire dans des cas où l'évolution n'avait pas

(1) MUNDE. *Am. J. of obstet.*, 1888, p. 143.
(2) HEINRICIUS. *Loc. cit.*
(3) LŒBKER. *Arch. f. Gynäk.* t. XIV. p. 127.

été régulière. Dans la discussion de la Société obstétricale de New-York, dont j'ai déjà parlé (20 avril 1886), Wylie a soutenu que le tube s'entourait de lymphe plastique. Il avait déjà remarqué en 1885 (1) que pour enlever le drain, il fallait parfois mouvoir son extrémité inférieure afin de rompre des adhérences.

Skene s'est élevé contre l'opinion de Wylie en disant que dans une autopsie à laquelle il avait assité, le tube avait été trouvé absolument libre dans la cavité abdominale. Coe et Munde lui ont objecté d'autres faits. Coe a autopsié plusieurs sujets chez lesquels le tube à drainage était resté en place après la mort. Dans tous les cas, il a trouvé le tube complètement isolé de la cavité péritonéale par une paroi de lymphe organisée. En outre, et cela a plus d'importance, il a noté que même dans les cas où le tube est enlevé rapidement après l'opération, il reste à sa place un canal fermé, si bien que l'eau versée dans ce trajet y reste à un niveau constant sans s'abaisser, ni disparaître, comme cela aurait lieu, s'il y avait une communication avec la cavité péritonéale. Munde dans deux cas, où il a dû rouvrir l'abdomen trois jours après l'opération, a constaté que le tube était isolé de la grande cavité péritonéale. Toutes ces observations sont très concordantes. Mais je laisse de côté, pour les raisons que j'ai dites, celles qui ont été faites dans les autopsies ou dans les laparotomies secondaires, et je ne veux retenir que le fait constaté par Coe sur le vivant dans les cas où on enleva le tube de bonne heure. Je crois qu'on peut en conclure, d'accord avec l'expérimentation, que les adhérences se produisent rapidement autour des drains, et qu'elles sont inévitables, dès que le drain reste en place plus de 48 heures (2).

C'est là un inconvénient très sérieux. Les adhérences

---

(1) G. WYLIE. Obst. Soc. of New-York. *Am. J. of obst.*, 1885, p. 1084.

(2) L. TAIT (*British. Gynec. Jour.*, août 1887) dit que lorsqu'on veut drainer la grande cavité péritonéale, il ne faut pas laisser le drain plus de 70 ou 80 heures.

peuvent favoriser la production de ces accidents intestinaux post-opératoires, qui ont dans ces derniers temps préoccupé les gynécologues. Dans la suite, elles peuvent avoir des conséquences graves (persistance des douleurs, étranglement interne). Toutefois, il est juste de dire que nous ne savons pas si ces adhérences augmentent ou diminuent, persistent ou disparaissent dans la suite.

8° *Le drainage peut déterminer des accidents réflexes du côté du tube digestif.* — Dans un cas, Munde (1) a observé des vomissements qu'il a cru pouvoir attribuer à l'irritation produite par le tube. Voici le fait : « Dans le cas 59 (hématome des 2 ovaires) des vomissements obstinés continuèrent pendant trois jours après l'opération, et paraissaient être excités par chaque déplacement du liquide dans le tube à ra inage. L'ablation du tube pendant qu'il y avait encore un abondant écoulement de sérum sanguin amena une cessation immédiate des vomissements et la malade guérit rapidement ». Ce cas est à ma connaissance le seul de son genre.

III. — Méthodes de drainage.

Ces méthodes sont fort nombreuses, et elles diffèrent les unes des autres soit d'après la voie par laquelle on fait écouler les liquides, soit d'après la nature du drain.

Les voies d'écoulement sont seulement au nombre de deux, la paroi abdominale antérieure et le vagin. Il y a de par ce fait deux grandes variétés de drainage, le drainage abdominal et le drainage vaginal, qui ont du reste été quelquefois employés simultanément.

I. Drainage vaginal. — C'est celui qu'avait recommandé Peasle, et qui a joui pendant longtemps de la faveur générale. C'est celui aussi que recommandait et employait Bardenheuer, et j'ai dit déjà que pour empêcher les anses intestinales de venir entourer le tube, il avait imaginé de faire

(1) Munde. *Am. J. of obst.*, 1888, p. 144.

un réseau de catgut au niveau du détroit supérieur. Aujourd'hui le drainage vaginal est tombé dans un discrédit presque complet. On ne l'emploie guère que lorsqu'on opère par le vagin, soit pour extirper l'utérus, soit pour enlever les trompes ou les ovaires. Presque tous les chirurgiens y ont renoncé pour les cas où l'on agit par la paroi abdominale antérieure. En effet ses avantages sont contestables et ses inconvénients sérieux. Son avantage principal, c'est, dit-on, d'être situé à la partie déclive et de permettre sûrement l'écoulement de tous les liquides sécrétés dans le péritoine. Il est bien vrai que le cul-de-sac de Douglas est la partie la plus déclive du péritoine, mais ce point déclive bien loin d'être relié aux autres parties du péritoine par des pentes naturelles, en est au contraire séparé par des obstacles que les liquides ne peuvent franchir. Le relief du psoas le sépare des fosses lombaires et des fosses iliaques; les ligaments larges le séparent du cul-de-sac vésico-utérin et les sérosités peuvent s'accumuler dans ces fosses et dans ce cul-de-sac, malgré un drain placé dans la cavité de Douglas. Ce drain permettrait donc seulement l'écoulement des liquides accumulés dans cette cavité; il est vrai que c'est là qu'on les rencontre le plus souvent. Mais la capillarité peut triompher de la pesanteur; et un drain capillaire placé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale remplira aussi bien et peut-être mieux son office qu'un tube passé au travers du cul-de-sac vaginal. Ce qui surtout a fait renoncer au drainage inférieur c'est la possibilité de l'infection par le vagin. Aujourd'hui ce danger a singulièrement diminué, car on sait faire l'asepsie du vagin. Cependant le drainage vaginal est très peu usité. A. Martin l'emploie; mais les Américains le lui reprochent cruellement. « Martin, dit J. Price (1), a 12 morts sur 72 cas. Je pense que le Dr Martin a besoin d'une plus grande expérience du drainage. Si vous voulez vous reporter à la mortalité de Bantock, je crois que vous penserez qu'il vaut mieux

(1) J. Price. *Am. J. of obst.*, 1888, p. 1073.

pratiquer le drainage de Bantock, de Tait et de Keith que celui de Martin. » Ce jugement me paraît bien sévère et peut être injuste, car Martin n'emploie le drainage que dans des cas exceptionnels, et en outre il a recours le plus souvent possible à une pratique particulière qui fait de son drainage une méthode à part. Lorsqu'il reste après l'extirpation des tumeurs, des sortes de sac, comme cela arrive dans les cas de grossesse extra-utérine, de tumeurs intra-ligamenteuses, d'hématocèles, il s'efforce après avoir drainé par le vagin de suturer par-dessus le drain les bords du sac restant. Il ferme ainsi la cavité suspecte, la sépare du péritoine en la laissant seulement en communication avec le vagin. Il ne s'agit plus alors de drainage péritonéal, mais du simple drainage d'une cavité extra-péritonéale. Cette méthode me paraît présenter, lorsqu'elle est facilement applicable, de réels avantages.

II. Drainage abdominal. — C'est celui qui est le plus communément employé aujourd'hui. Il consiste à placer le drain dont on a fait choix d'une part dans le cul-de-sac de Douglas, d'autre part dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Les différentes espèces de drains qu'on a employés sont très nombreuses, mais on peut les classer en deux catégories fondamentalement différentes. Les uns sont de simples tubes qui n'utilisent aucune force spéciale, et dans lesquels les liquides doivent pénétrer sous l'influence de la seule pression abdominale : les autres permettent d'utiliser une force spéciale, destinée à lutter contre la pesanteur, la capillarité. De là deux grandes variétés de drainage ; le drainage par les tubes simples ; le drainage capillaire.

a) *Drainage par les tubes simples.* — La variété des tubes qu'on a employés est très considérable. On en a fait en caoutchouc mou, en caoutchouc dur, en gomme, en gutta-percha, en verre, en métal. Ils diffèrent par leur longueur, par leur diamètre. Les uns ont des perforations latérales, les autres n'en ont pas. Quelques-uns, comme celui de M. Sims (1),

(1) Sims. *New-York med. J.*, 1884, 20 sept., p. 331.

sont à double courant. Je ne m'arrêterai pas à les décrire. Mikulicz, Lœbker ont reproché aux tubes de ne pas assurer l'écoulement des liquides. Ainsi que je l'ai déjà dit en formulant les conclusions de mes expériences, ce grave reproche me paraît absolument fondé. Pendant les premières heures, si la pression intra-abdominale est très faible, comme cela doit arriver souvent, car les malades immobilisent leur diaphragme pour respirer d'après le type costo-supérieur, il n'y a aucune raison pour que le liquide s'écoule contre la pesanteur. Si la pression intra-abdominale est notablement supérieure à la pression atmosphérique, les anses intestinales viennent se presser autour du tube, et oblitérer partiellementou complètement son ou ses orifices. En somme, pendant les premières heures, les tubes fonctionnent mal ou pas du tout. Au bout de 48 heures, ils sont déjà entourés d'adhérences et souvent obstrués par des coagulations fibrineuses. La formation de ces adhérences est peut-être dans certains cas la raison de l'efficacité du drain, ainsi que je l'ai déjà dit, mais il n'en est pas moins vrai que les drains en tubes manquent le plus souvent leur but, qui est de permettre l'évacuation des liquides exsudés dans la grande cavité péritonéale.

Il y a longtemps que les gynécologues ont remarqué combien les tubes à drainage sont insuffisants lorsque la seule force mise à profit pour l'évacuation des liquides est la pression abdominale, la vis à tergo, comme le dit M. Pozzi (1). Aussi a-t-on cherché à y joindre la vis à fronte, c'est-à-dire l'aspiration pratiquée soit au moyen de siphons, soit au moyen de seringues. Les appareils à siphons sont difficilement compatibles avec une antisepsie rigoureuse ; en outre ils fonctionnent mal parce qu'ils se désamorcent facilement. C'est pour ces deux raisons, qu'ils sont peu ou pas employés. L'aspiration faite par le drain au moyen d'un seringue et d'un tube de caoutchouc a été surtout employée par Lawson Tait, qui la fait pratiquer toutes les trois heures. Ses écla-

(1) Pozzi. *Bullet. et mém. de la Soc. de chir.*, t. XIV, 1888, p. 205.

tants succès ont naturellement conduit un grand nombre de chirurgiens à l'imiter.

J'ai voulu voir si l'aspiration était capable d'entraîner les liquides qui ne s'écoulent pas spontanément et pour cela j'ai procédé de la manière suivante. Je fais une paracentèse au-dessus du pubis et par la canule du trocart conduite jusque dans la cavité de Douglas, j'injecte un litre d'eau : par le même canal, je fais une aspiration avec la seringue, il ne revient pas une goutte du liquide. Je remplace la canule par un drain métallique de petit calibre (4 millim. 5) perforé de trous latéraux. Les trous mesurent 4 sur 2 millim. et sont situés à 6 millimètres les uns des autres. On peut par l'aspiration ramener quelques grammes de liquide, mais quelques grammes seulement. Presque aussitôt que l'aspiration est commencée, on voit le tube de caoutchouc qui relie la seringue au drain se déprimer sous l'influence de la pression atmosphérique, et il ne passe plus une seule goutte de liquide. Par un autre orifice fait à la paroi abdominale, j'introduis un autre drain en verre mesurant un centimètre de diamètre, pourvu d'orifices latéraux de 4 sur 3 millimètres et situés à 13 millim les uns des autres. Malgré les dimensions considérables du tube, les choses se passent à peu près de la même façon.

Comme on le voit l'aspiration est un bien mauvais moyen d'évacuer les liquides contenus dans le péritoine.

En effet, la force aspiratrice agit aussi bien sur les anses intestinales que sur le liquide. Elle entraine les premières qui viennent s'accoler le long du tube et qui maintenues par la différence de pression oblitèrent complètement ses orifices si vastes et si nombreux qu'ils soient (1).

En usant à la fois des deux tubes perforés dont je viens de parler, j'ai essayé d'évacuer complètement par l'aspiration les

(1) Howitz. Die Nachbehandlung bei der Ovariotomie. *Gynækolog. og. obst. Meddeleser.* Bd. III. fasc. 3 . a même vu l'intestin pénétrer dans le tube. Il y était si solidement fixé qu'il a dû, pour le libérer, casser le tube, qui heureusement était de verre.

liquides que j'avais injectés dans le péritoine. Dans un cas j'avais injecté un litre de liquide, dans l'autre 1500 grammes. Après avoir pratiqué l'aspiration à plus de vingt reprises différentes, jusqu'à ce que je ne puisse plus entraîner une seule goutte de liquide ni par l'un ni par l'autre tube, j'ai ouvert l'abdomen des sujets pour voir ce qu'il y restait. Dans un cas, il y avait dans le petit bassin environ 100 grammes d'eau. Dans l'autre le péritoine était absolument baigné ; et j'ai pu recueillir à l'éponge plus de 700 grammes de liquide. Dans le premier cas, l'épiploon disposé d'une manière un peu spéciale avait partiellement immobilisé les intestins.

Ces expériences démontrent, il me semble, qu'il ne faut pas compter sur l'aspiration pour vider le péritoine. Lorsque des adhérences se sont déjà formées, et que le tube est entouré de fausses membranes rigides, il en est tout autrement. L'aspiration devient très capable d'entraîner la sérosité qui a transsudé dans la fistule péri-tubulaire, mais alors le drain est devenu extra-péritonéal.

C'est peut-être en raison de l'insuffisance des tubes simples, qu'on a songé à utiliser pour le drainage du péritoine la force capillaire.

b) *Drainage capillaire.* — C'est Hegar qui a eu le premier l'idée d'utiliser la capillarité dont l'action est constante. Sa méthode fut d'abord décrite par Kaltenbach en septembre 1881 au congrès de Salzburg (1), puis l'année suivante par Hegar lui-même (2). Wiedow (3) y est revenu en 1884. Kehrer (4) l'avait auparavant légèrement modifiée.

Hégar se servait d'un tube énorme de 3 à 5 centimètres de large sur 18 centimètres de long. Il le remplissait de coton hydrophile phéniqué auquel il a substitué la gaze iodoformée. Ce nouveau tube, spéculum abdominal (Bauchspecu-

---

(1) KALTENBACH. *Tageblatt der naturforscher Versammlung zu Salzburg*, sept. 1881.

(2) HEGAR. *Cent. f. Gynæk.*, 1882, n° 7.

(3) WIEDOW. *Berlin. Klin. Wochensch.*, 1884, n° 39.

(4) KEHRER. *Cent. f. Gynæk.*, 1882, n° 3.

lum) permettant de voir dans l'abdomen : mais je pense qu'il avait plus d'inconvénients que d'avantages. « Hegar (1) a, depuis un certain temps, abandonné ce spéculum abdominal pour s'en tenir à la gaze iodoformée introduite directement dans le péritoine. » Kehrer emploie un tube plus petit soit en caoutchouc, soit en métal, et il a remplacé la gaze par des mèches de coton. En outre il propose pour faciliter le changement de la mèche de se servir d'une double canule analogue à celle de la trachéotomie.

En Allemagne on a discuté la valeur comparative de la gaze et des mèches de coton. Gersuny (2) reproche à la gaze de laisser échapper des brindilles et de permettre aux bourgeons charnus de pénétrer entre ses mailles. Mais il n'est pas question dans son mémoire de drainage du péritoine. Chroback (3) a cherché à démontrer expérimentalement la supériorité absorbante des mèches. Cependant la gaze est employée par la majorité des gynécologues et il faut reconnaître qu'elle suffit aux besoins.

En 1886, Mikulicz (4) a proposé une méthode qu'on appelle assez communément en France, le drainage de Mikulicz, et qui cependant diffère notablement du drainage. M. Pozzi l'appelle très justement, tamponnement antiseptique du péritoine.

Voici d'abord la technique de la méthode : « Je prends un morceau simple de gaze iodoformée à 20 0/0 de la dimension d'un grand mouchoir. Au milieu de celui-ci est solidement cousu un fort fil de soie aseptique. Le tout est placé avant l'opération dans une solution phéniquée à 5 0/0. La partie intra-abdominale de l'opération terminée, on dispose le

(1) C'est M. Pozzi qui parle. *Loc. cit.*, p. 207.

(2) Gersuny. *Cent. f. chir.*, 1887, n° 31, p. 569. C'est lui que presque tous les auteurs français appellent Gersung.

(3) Chroback. *Cent. f. Gynæk.*, 1888, n° 1.

(4) Mikulicz. Ueber die Ausschaltung tœdter Raume aus der peritonealhöhle, etc. *Verhand. der deutscher gesellsch. f. chir.*, 1886, p. 187. *Arch. f. Klin. chir.*, vol., XXXIV, 3 fasc., p. 634, 1886.

morceau de gaze iodoformée en forme de blague à tabac, de façon à ce que le fil de soie soit situé en dedans et que son extrémité libre sorte par le col de la bourse, son extrémité fixe correspondant au fond. On enfonce cette bourse avec une pince droite ou mieux courbe jusqu'au fond du petit bassin. Ensuite on remplit la bourse avec de longues bandes (de 2 à 5) de gaze iodoformée, de façon à ce que ses parois soient partout en contact avec la plaie. Le fil fixé au fond de la bourse sert à l'enlever en la retournant. »

Mikulicz conseille d'employer sa méthode dans les cas où il reste un vaste clapier, un espace mort dont les bords ne peuvent pas être suturés. Son principal but c'est d'isoler ce vaste clapier, de le rendre extra-péritonéal. Il veut obtenir par la production des adhérences qui ne tardent pas à entourer le sac de gaze, ce qu'on obtient dans les cas où cela est possible en suturant les bords du clapier, c'est-à-dire la séparation du foyer d'infection d'avec la grande cavité péritonéale ; mais la méthode a d'autres avantages et voici comment Mikulicz les expose.

1° Le sac de gaze iodoformée sert de tampon hémostatique.

2° Il draine la plaie pelvienne d'une manière simple et parfaite en utilisant la force capillaire.

3° Le tampon de gaze iodoformée maintient la cavité aseptique, et protège le péritoine contre cette source d'infection.

4° Dans les cas où on ne peut pas former un sac avec les enveloppes ou le revêtement péritonéal de la tumeur, le tamponnement isole la plaie pelvienne de la cavité péritonéale. En temps que corps étranger, il détermine partout où le péritoine est normal des adhérences, qui forment en très peu de temps un sac fermé autour de la bourse de gaze. En somme la bourse de gaze iodoformée de Mikulicz représente à la fois un drainage capillaire, et un tamponnement hémostatique, antiseptique et isolateur.

On voit donc que la méthode de Mikulicz diffère assez notablement du simple drainage capillaire, puisqu'elle a pour but non seulement d'évacuer les liquides, mais encore de

faire l'hémostase, d'agir comme antiseptique et de produire des adhérences. Mais si ces deux méthodes sont très différentes dans leur principe, elles ne le sont peut-être pas autant dans leur application. En effet, tous les systèmes de drainage déterminent des adhérences, et ainsi que je l'ai dit en rapportant mes expériences, c'est peut-être l'une des causes de leur efficacité.

Du reste, aujourd'hui, beaucoup de chirurgiens ou gynécologues, la majorité, je crois, sont arrivés à employer un procédé mixte, qui n'est ni celui d'Hegar et de Kehrer, ni celui de Mikulicz (1). Ils n'emploient pas le sac de Mikulicz, mais ils n'emploient pas non plus le tube d'Hegar. Ce procédé fort simple consiste à placer des lanières de gaze iodoformée dont une extrémité repose sur le point dangereux, dont l'autre sort par l'angle inférieur de la plaie abdominale. Il n'est pas douteux que cette lanière de gaze agisse à la fois comme un drain par la capillarité, comme antiseptique par l'iodoforme, comme isolant par la production d'adhérences.

Hegar, autrefois du moins, mettait la gaze iodoformée dans un tube de verre ou de caoutchouc. Par contre M. Pozzi (2) conseille lorsqu'on fait le tamponnement avec la gaze iodoformée de mettre un gros drain « qui sert pour ainsi dire de centre au tamponnement et qui met à l'abri de toute rétention, au-dessous de lui, de liquide trop épais pour filtrer à travers la gaze ».

Que valent ces deux pratiques? Hegar qui a eu le premier l'idée d'utiliser la force capillaire, se servait d'un tube volumineux dans lequel il mettait la substance absorbante. Il paraît qu'il a renoncé à son procédé, et qu'il emploie maintenant les lanières de gaze sans tube. Il semble donc considérer le tube comme plus nuisible qu'utile.

D'autres cependant continuent à se servir de son premier procédé. La gaze introduite directement dans le ventre peut

---

(1) PIKACEK. *Wiener med. Jahrbücher*, 1888, f. 1.

(2) POZZI. *Loc. cit.*, p. 210.

laisser pénétrer les bourgeons charnus à travers ses mailles; d'autre part, elle n'empêche pas l'orifice par lequel elle sort de se rétrécir, elle ne le maintient pas à un calibre constant. Pour ces deux raisons, il est quelquefois difficile de la retirer, et il peut se produire lorsqu'on l'enlève une légère hémorrhagie. Ce sont là les arguments en faveur du tube. On voit qu'ils n'ont pas une bien grande puissance. Ils ne sont pas de ceux devant lesquels il faut se plier, et je crois qu'on peut laisser au goût de chaque chirurgien la liberté de choisir entre ces deux procédés de drainage capillaire avec ou sans tube.

Le procédé inverse, qui consiste à mettre non pas la gaze iodoformée dans le drain, mais le drain au milieu de la gaze, a-t-il des avantages. M. Pozzi le pense, et M. Routier (1) est du même avis. Le drain dans ce cas a pour but d'assurer l'écoulement des liquides qui ne filtreraient pas au travers de la gaze. On voit en effet quelquefois, lorsqu'on retire la gaze, s'écouler brusquement une quantité assez considérable de liquide. Ce fait s'était déjà produit dans un cas de Kuster (2), et Mikulicz (3) pense qu'il était dû à une faute de technique. D'après lui, la gaze iodoformée n'aurait pas été mise au contact de toutes les parties de la plaie, et la sérosité se serait accumulée dans un diverticule resté libre. En outre l'orifice trop étroit aurait en quelque sorte étranglé la gaze et empêché la filtration du liquide. Il est possible que Mikulicz ait raison; et il faut certainement prendre soin quand on recourt au tamponnement, de porter la gaze au contact de toutes les parties cruentées, et de laisser l'orifice par lequel elle sort assez grand pour qu'elle puisse y jouer librement et se gonfler en se gorgeant de liquide. Mais en prenant ces précautions, assurera-t-on toujours l'écoulement des sérosités épaisses? C'est là une question que

(1) Communication orale.

(2) KUSTER. Ueber eine besondere methode der Laparo-myomotomie. *Cent. f. gynæ.*, 1885, 41.

(3) MIKULICZ. *Loc. cit.*, p. 644-645.

l'expérience ultérieure pourra seule trancher ; en attendant, je pense qu'il est prudent de mettre un drain au milieu de la gaze. Toutefois il est des circonstances où ce drain peut avoir un réel inconvénient. C'est lorsque le tamponnement est employé pour combattre une hémorrhagie en nappe. Si dans ce cas on mettait un tube par lequel le sang pourrait s'écouler, il est bien évident que le but hémostatique du tamponnement serait en partie manqué.

Il résulte de tout ceci :

1° Que le seul mode de drainage qui permette l'écoulement des liquides sécrétés pendant les premières heures qui suivent l'opération, c'est le drainage capillaire.

2° Que tous les drains s'entourent rapidement d'adhérences et qu'en somme ils agissent plus ou moins à la manière du tamponnement, en rendant extra-péritonéaux les foyers dangereux. C'est peut-être à cela qu'est due leur efficacité.

(A suivre.)

L'OPÉRATION CÉSARIENNE MODERNE

MANUEL OPÉRATOIRE (1)

Par le Dr **J. Potocki**, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité.

Manuel opératoire.

Les jambes de la malade sont entourées d'ouate, elle est enveloppée dans une chemise de flanelle ; on l'endort au chloroforme ; puis on la porte sur la table d'opération où l'opérateur et son assistant procèdent eux-mêmes à la désinfection de la paroi abdominale, après avoir pratiqué le cathétérisme de la vessie. Ils ont à côté d'eux une cuvette contenant une solution faible de sublimé et dans laquelle ils se lavent plusieurs fois les mains dans le cours de l'opération.

La paroi abdominale est savonnée et brossée, on emploie

---

(1) Voir les *Annales de Gynécologie*, décembre 1889.

dans ce but une solution forte de sublimé ; les poils du pubis avaient été rasés au préalable. La paroi, essuyée, est lavée à l'éther qui enlève toutes les matières grasses et on la lave encore une fois avec la solution forte de sublimé. Tout le champ opératoire est ensuite entouré de compresses de gaze qui ont bouilli dans l'acide phénique.

L'opération proprement dite va commencer. Elle comprend les 6 actes suivants :

1° Incision de la paroi abdominale ;

2° Incision de l'utérus ;

3° Extraction du fœtus ;

4° Extraction de l'arrière-faix ;

5° Suture de l'utérus ;

6° Suture de la paroi abdominale.

Ce sont là les actes principaux auxquels viennent s'ajouter des actes secondaires, que je range à part pour plus de clarté :

a. Moyens d'empêcher le passage des liquides et du sang de l'utérus dans le ventre ;

b. Ouverture de l'œuf ;

c. Hémostase provisoire de l'utérus ;

d. Toilette du péritoine ;

e. Pansement immédiat.

Je les décrirai après les temps de l'opération auxquels ils correspondent. Il restera finalement à exposer le traitement des suites de couches.

1° Incision de la paroi abdominale. — Elle est faite sur la ligne blanche et mesure 16 cent. de longneur, c'est-à-dire les dimensions nécessaires pour laisser passer la tête du fœtus à terme.

Elle commence au-dessus de l'ombilic et est continuée jusqu'à deux travers de doigt du pubis, jamais plus bas ; elle est prolongée en haut aux ciseaux, si cela est nécessaire ; ordinairement l'ombilic en occupe le milieu.

Les vaisseaux qui saignent sont provisoirement saisis avec des pinces à pression.

Quand le péritoine est ouvert, on applique sur lui à droite et à gauche et à une certaine distance les unes des autres trois pinces à forcipressure qui l'empêchent de se rétracter et de se recroqueviller en dedans ; cette simple précaution rendra de grands services au moment où on suturera la paroi abdominale.

Puis une éponge (1) montée est introduite dans le cul-de-sac péritonéal antérieur et laissée à demeure pour absorber les liquides. Une autre éponge, également montée, est portée dans le même but à l'angle supérieur de la plaie abdominale vers le fond de l'utérus ; cette éponge s'opposera encore à la hernie de l'épiploon ou de l'intestin très fréquente après l'extraction du fœtus.

a. *Moyens d'empêcher le passage des liquides et du sang dans le ventre.* — Il n'est pas grave que du liquide amniotique normal ou du sang passe dans le péritoine ; quand ces liquides sont aseptiques, ils sont résorbés ultérieurement sans causer d'accidents. Il vaut mieux toutefois éviter leur irruption dans le péritoine.

Mais il est loin d'en être ainsi quand il s'agit de liquide amniotique putréfié, ou même de liquide amniotique d'œuf macéré ou d'œuf ouvert depuis quelque temps sans trace apparente de putréfaction ; ces liquides sont septiques et leur passage dans la cavité péritonéale peut donner lieu à la production d'une péritonite mortelle.

Il faut donc de toute nécessité s'opposer à ce passage ; mais les éponges appliquées comme je viens de le dire ne remplissent qu'en partie l'indication.

Elles ne seraient pas suffisantes en effet pour combler le vide occasionné par la vacuité de l'utérus et laisseraient en conséquence un passage aux liquides pour tomber dans le péritoine. C'est l'assistant qui doit intervenir directement pour empêcher que les liquides ne s'écoulent dans le ventre.

---

(1) J'emploierai dorénavant le terme d'éponge pour indiquer soit les éponges véritables, soit les sachets de tissu-éponge qui les remplacent.

A cet effet, il appliquera énergiquement la paroi abdominale contre l'utérus ; ses mains appuyant à plat à droite et à gauche de l'incision mettront en contact intime les lèvres de la plaie et la face externe de l'utérus. Puis pendant que l'opérateur procédera à l'extraction du fœtus l'aide suivra le retrait de l'utérus, continuant à appliquer parois contre parois ; de sorte que, au moment où le fœtus ayant entraîné avec lui l'utérus, sera amené au dehors, les deux lèvres de la plaie abdominale arriveront au contact derrière l'utérus sorti de l'abdomen et le péritoine sera bien fermé. Si cette manœuvre facile à exécuter est bien faite, il est impossible que du liquide amniotique ou du sang pénètrent dans la cavité péritonéale.

2° Incision de l'utérus. — La paroi abdominale incisée, l'aide amène l'utérus sur la ligne médiane, s'il est dévié, et applique les lèvres de la plaie abdominale contre la matrice.

Le milieu de la face antérieure de l'utérus est apparent. L'opérateur fait au bistouri une boutonnière de 2 ou 3 centimètres à la partie supérieure de l'utérus, sur la ligne médiane, en incisant doucement s'il est au niveau d'une région fœtale, en allant plus vite s'il est au niveau du liquide amniotique.

Puis il quitte le bistouri et se sert seulement de l'index droit pour achever d'ouvrir l'utérus. Dans cette intention, il introduit l'index en crochet dans la boutonnière précédente et, se servant du doigt comme d'un bistouri boutonné, il coupe l'utérus en descendant verticalement jusqu'à ce qu'il soit arrêté par l'angle inférieur de la plaie abdominale.

L'utérus se laisse déchirer par le doigt avec la plus grande facilité. La plaie qui résulte de cette section est, après rétraction de l'utérus, aussi régulière que celle qui aurait été faite au bistouri ou aux ciseaux ; et ce procédé très expéditif n'expose pas à la blessure du fœtus.

L'incision commence à la partie supérieure de l'utérus à

l'union du fond de l'organe avec le segment moyen ; elle ne doit pas empiéter sur le segment inférieur : en l'arrêtant à deux ou trois travers de doigt au-dessus du pubis, cette dernière condition est de ce fait même réalisée.

L'incision doit mesurer 16 centimètres, comme celle de la paroi abdominale, pour laisser passer la tête du fœtus dans sa circonférence sous-occipitale. Si elle n'était pas assez grande, on l'agrandirait aux ciseaux, mais vers la partie supérieure seulement.

b. *Ouverture de l'œuf.* — L'utérus est incisé, reste à ouvrir l'œuf. Quelquefois il est ouvert en même temps que l'utérus ; d'autres fois au contraire son ouverture fait l'objet d'un second acte opératoire.

L'incision peut rencontrer les membranes ou le placenta.

Si elle rencontre les membranes et si on a procédé assez délicatement on peut n'avoir sectionné que l'utérus, l'œuf restant intact ; on rompra alors les membranes avant d'extraire l'enfant. Souvent les membranes se rompent en même temps qu'on ouvre l'utérus, il n'y a pas d'inconvénient à cela ; il faut seulement ne pas être troublé par l'irruption du liquide amniotique et continuer en dépit de cet écoulement l'incision de l'utérus.

Il est clair que si la poche des eaux était déchirée avant l'opération il s'écoulerait peu ou pas de liquide.

L'incision rencontre le placenta, si ce dernier s'insère sur la face intérieure de l'utérus. Est-il possible de reconnaître que l'insertion du placenta se fait en avant, quand l'utérus est encore intact ? Peut-être. Nous avons d'abord pour nous renseigner les signes bien connus fournis par le placenta : consistance spéciale de la paroi utérine à son niveau, circulation plus riche, éloignement des parties fœtales séparées de la main par une masse pâteuse, etc. A ces signes j'ajouterai deux moyens de diagnostic récemment décrits. Halbertsma ponctionne avec un trocart l'utérus sur la face antérieure et aspire : s'il vient du liquide amniotique, on est sur les membranes et non sur le placenta. C'est le contraire

quand l'aspiration n'amène rien ou amène du sang. Le procédé est infidèle. Léopold a remarqué que les ligaments larges convergent en haut et en arrière quand le placenta est en avant, et en haut et en avant dans le cas contraire. Ce fait résulterait du plus grand développement de la moitié antérieure ou postérieure de la matrice sur laquelle le placenta prend son insertion.

Je me hâte d'ajouter que cette reconnaissance du siège du placenta n'a pas grande importance.

Fréquemment donc (1 fois sur 3) on rencontre le placenta; l'incision utérine s'accompagne alors d'une hémorrhagie abondante qui effraie les opérateurs et l'œuf est plus difficile à ouvrir. On peut dire qu'on a affaire dans ces circonstances au *placenta prævia césarien.* C'est une complication qui gêne l'extraction du fœtus et nécessite une conduite particulière, de la même façon que la présence du placenta à l'orifice utérin.

On peut procéder de deux façons.

Ou bien inciser rapidement l'utérus, puis décoller le placenta d'un côté, aller jusqu'aux membranes, les rompre et saisir les pieds du fœtus pour l'extraire.

Ou bien inciser hardiment le placenta au bistouri, et passer à travers la masse placentaire, pour aller chercher les pieds de l'enfant.

Ces deux procédés sont d'ailleurs conseillés dans le cas d'insertion du placenta sur le segment inférieur.

Dans une de ses opérations, Sänger a traversé le placenta et n'a pas remarqué que cette manière de procéder ait donné lieu à une hémorrhagie d'une gravité particulière. Il vaut donc mieux inciser directement l'utérus là où se trouve le placenta, que de reporter l'incision utérine au delà du bord du placenta, car en cet endroit on serait plus près du hile de l'utérus et on sectionnerait de gros troncs artériels ou veineux dont l'hémorrhagie fort grave pourrait être difficile à arrêter.

Extraction du foetus. — Que l'incision soit tombée sur

les membranes ou sur le placenta l'œuf est ouvert. L'accoucheur saisit ordinairement le fœtus par la partie qui se présente : tête, bras, pieds. Il suffit de soulever simplement la tête pour la dégager des lèvres de l'incision ; si elle oppose plus de résistance on la saisit avec les deux mains Au besoin on agrandit la plaie utérine en coupant aux ciseaux à l'angle supérieur.

Le dégagement du fœtus est souvent impossible par le bras ; on le comprend puisque le fœtus devrait sortir par un mécanisme analogue à celui de l'évolution spontanée. Donc dans les cas ordinaires, on saisira le fœtus par les pieds et on l'extraira exactement comme à la suite de la version pelvienne, en recourant même à la manœuvre de Mauriceau pour dégager la tête, si l'utérus oppose la moindre résistance.

Le fœtus extrait, une pince à forcipressure est appliquée sur le cordon qu'on sectionne ensuite. L'enfant est confié à la personne qui doit lui donner les premiers soins et le ranimer au besoin : frictions, légères flagellations, bains, insufflation...

Extraction de l'arrière-faix. — L'utérus, après la libération de l'enfant, se rétracte immédiatement, et chasse le placenta au niveau de la plaie césarienne. Il n'y a qu'à le saisir avec la main et à le tirer au dehors, mais en procédant doucement, afin de décoller les membranes sans les déchirer.

Si le décollement du placenta ne se fait pas de suite spontanément, on le produit artificiellement, ce qui ne présente aucune difficulté puisque la cavité utérine est sous les yeux.

On examine ensuite le placenta et les membranes pour s'assurer que l'arrière-faix est complet. La main réintroduite dans l'utérus détacherait les cotylédons et membranes encore adhérents : il ne doit rester dans la matrice absolument rien de ce qui appartenait à l'œuf.

On a vu l'utérus s'inverser à travers la plaie césarienne et la face muqueuse, tapissée par le placenta encore adhérent, apparaitre au dehors. Si un pareil incident se produi-

sait, il serait très facile de réduire manuellement l'inversion après avoir décollé le placenta, ou d'attendre pour pratiquer la délivrance que la réduction de l'utérus soit obtenue.

c. Moyens employés pour obtenir l'hémostase de l'utérus. — Il ne faut s'occuper d'assurer l'hémostase de l'utérus qu'après l'extraction de l'enfant et du délivre : C'est un précepte dont l'observance tend à se généraliser.

Quels caractères présente l'hémorrhagie dans l'opération césarienne ?

L'hémorrhagie provient de deux sources : 1° la plaie utérine ; 2° la surface d'insertion placentaire.

Étudions-les l'une après l'autre.

L'hémorrhagie produite par la plaie utérine est très abondante, elle est souvent énorme et bien faite pour effrayer celui qui n'a pas assisté à une hystérotomie et qui n'en est pas prévenu. Le sang s'écoule depuis le moment où on a commencé l'incision de l'utérus jusqu'au moment où on serre la dernière suture. Le sang s'échappe de toute l'étendue des lèvres de la plaie, surtout avant l'extraction du fœtus, c'est-à-dire quand l'utérus est encore distendu ; l'hémorrhagie est encore plus considérable quand la zone d'insertion placentaire a été intéressée par la section.

Que faire contre cette hémorrhagie ? D'abord n'en être pas surpris et conserver son sang-froid ; ensuite aller vite, très vite, pour extraire le fœtus. Se rappeler en effet que la plaie ne peut pas revenir sur elle-même tant que l'utérus reste distendu par le fœtus, et que par conséquent l'hémostase spontanée ne peut pas se produire. Quand au contraire l'utérus est vidé, il se rétracte, les lèvres de la plaie, de minces qu'elles étaient, prennent 1 centim., 1 centim. 1/2 ou 2 centim. d'épaisseur ; les vaisseaux ouverts ont dès lors des parois musculaires épaisses qui sont dans la possibilité de faire l'office de ligatures vivantes et d'assurer l'arrêt du sang.

On se gardera donc bien de chercher à obtenir l'hémostase par la forcipressure avant d'extraire le fœtus ; on perdrait à agir de la sorte un temps précieux, non seulement

sans profit, mais encore au grand détriment de la malade. On n'arriverait pas en effet à arrêter le sang, car il sort de tous les sinus utérins, il ne coule pas en jet, mais en nappe ; il faudrait mettre des pinces sur toute la plaie et la constriction des tissus, le mâchonnement du muscle utérin par les pinces, produiraient autant de gangrènes locales, qui empêcheraient pour le moins la réunion de la plaie utérine par première intention. La plaie césarienne de l'utérus est une *plaie obstétricale :* elle n'est pas passible de la forcipressure comme une plaie chirurgicale. Ce qui est indispensable par conséquent, c'est de favoriser son retrait en vidant l'utérus et de laisser le muscle utérin rétracté produire lui-même son hémostase.

On peut voir des artères donner du sang dans le cas où l'incision a été faite trop près du bord de l'utérus : ces artères doivent être liées. Mais quand l'incision a été pratiquée suivant les règles sur la ligne médiane de la face antérieure, on n'observe pas d'hémorrhagie artérielle; cette hémorrhagie est donc la conséquence d'une faute commise dans le manuel opératoire.

Il arrive que l'utérus a beau revenir sur lui-même après la sortie du fœtus, l'hémorrhagie n'en continue pas moins et elle peut être assez abondante pour masquer complètement le champ opératoire et empêcher l'application des sutures.

Il faut y remédier et pour ce faire avoir recours à l'hémostase provisoire. On suspend momentanément le cours du sang dans l'utérus, comme on arrête la circulation dans un membre qu'on va amputer.

Plusieurs procédés permettent d'arriver au but. Les uns, simples, doivent être employés les premiers ; on sera toujours à temps de les remplacer par des procédés plus compliqués quand ils se seront montrés inefficaces. Il sera donc bien d'agir de la façon suivante : L'assistant fléchit exagérément l'utérus et le tord sur son axe ; ce simple mouvement suffit quelquefois à arrêter l'hémorrhagie, car il produit une diminution de calibre des vaisseaux du hile de l'utérus.

La persistance de l'hémorrhagie montre-t-elle que cette manœuvre est insuffisante ? l'aide comprime le pédicule utérin, col et segment inférieur, avec la main : c'est une simple et très bonne méthode. Quelquefois la compression manuelle ne suffit pas à arrêter le sang; il faut alors recourir à la compression élastique. On applique alors sur le pédicule utérin, un lien de caoutchouc qu'on serre juste autant qu'il est nécessaire pour arrêter le sang et on maintient le tube par une forte pince à pression ou par un clamp, l'aide peut simplement de la main gauche en retenir les deux chefs. La constriction sera modérée. On la maintiendra jusqu'à l'achèvement des sutures profondes et quand celles-ci seront toutes serrées on lâchera peu à peu le caoutchouc pour ne permettre qu'un afflux progressif du sang dans la matrice.

2° La seconde source de l'hémorrhagie n'est pas spéciale à l'opération césarienne, elle se retrouve dans tout accouchement, c'est la zone d'insertion placentaire. L'hémorrhagie à laquelle elle donne lieu est modérée ou insignifiante, quand l'utérus se rétracte et contracte bien ; elle est au contraire énorme, voire même formidable quand l'utérus est inerte.

Contre l'hémorrhagie même, peu à faire au début; il faut agir contre sa cause : l'inertie utérine.

Massage de l'utérus, pétrissage de l'utérus, injection très chaude à 50°, sont des moyens ordinairement suffisants pour exciter l'utérus. Il sera nécessaire d'y ajouter une injection sous-cutanée d'ergotine ou d'ergotinine ; l'injection sera pratiquée à la cuisse ou en tout autre point ; on a même injecté l'ergotine dans le tissu utérin.

Mais si malgré l'emploi de ces moyens l'hémorrhagie est trop abondante et menace de durer longtemps encore, on appliquera le lien élastique provisoire, qui arrêtera cette variété d'hémorrhagie comme il arrêtait l'hémorrhagie provenant de la plaie utérine. L'hémostase provisoire permettra alors d'attendre sans danger que le massage, l'application de la chaleur, l'ergotine aient eu le temps de faire contracter énergiquement la fibre utérine.

Enfin je puis dire de suite qu'il est des cas malheureux où même après la suture, l'utérus reste inerte et saigne par la plaie placentaire : on s'est vu dans ces conditions obligé de terminer l'opération par l'amputation de l'utérus qui supprimait la source de l'hémorrhagie.

Dans des circonstances exceptionnelles, l'hémorrhagie par inertie utérine a occasionné la mort de l'opérée quelques minutes après l'intervention. Il est donc utile de savoir très exactement ce qu'il convient de faire pour la combattre ; c'est le motif qui m'a déterminé à m'étendre un peu longuement sur ce point spécial.

(A suivre.)

REVUE CLINIQUE

ABSENCE CONGÉNITALE DU VAGIN. — UTÉRUS RUDIMENTAIRE. — TROMPES ET OVAIRES NORMAUX. — OPÉRATION AUTOPLASTIQUE. — CRÉATION D'UN CONDUIT VAGINAL ARTIFICIEL. — GUÉRISON.

Par **Lucien Picqué**, chirurgien des hôpitaux.

La nommée Joséphine D..., âgée de 17 ans 1/2, entre le 9 juillet 1889, salle Pascal, A, n° 16, dans le service de M. Pozzi que je suppléais alors (1).

Antécédents héréditaires. — Mère âgée de 40 ans, bien portante. Père mort à 30 ans, tuberculeux et alcoolique. Un frère âgé de 20 ans bien portant, une sœur âgée de 20 ans, réglée à 13 ans, et toujours bien réglée depuis cette époque. Aucune malformation congénitale dans la famille.

Antécédents personnels. — A 3 ans, rougeole légère ; n'a jamais été réglée ; à l'époque ordinaire de l'établissement de la menstruation chez la jeune fille, elle n'a éprouvé aucun malaise du côté du bas ventre ou des mamelles.

(1) L'observation a été rédigée par mon interne et ami M. LAFFITTE auquel je tiens à adresser mes remerciements.

A l'âge de 16 ans, elle tenta de pratiquer l'acte génital avec un homme vigoureux sans pouvoir y parvenir.

Elle se fait alors examiner en province où un médecin lui déclare qu'elle a une imperforation de l'hymen et lui pratique un débridement qui ne donne aucun résultat. Pendant un an, elle vécut avec le même individu : jamais l'acte génital n'a été possible, mais par contre, il est certain que le coït anal a été pratiqué, étant donnés la largeur de l'orifice anal et le peu de résistance du sphincter. C'est dans ces conditions qu'elle s'est présentée à l'hôpital en demandant avec insistance une intervention chirurgicale.

État actuel. — La malade se présente à l'examen bien conformée pour son âge : les seins sont développés, les muscles volumineux. Le bassin est large, les hanches saillantes. Quand on examine les organes génitaux, tout paraît normal au premier abord : le pubis est recouvert de poils abondants ; les grandes lèvres ont un volume normal, les petites lèvres bien marquées sont de grandeur ordinaire. Quand on écarte celles-ci on voit une dépression minime de 1/2 cent. environ, se terminant en cul-de-sac absolument aveugle. Il y a absence totale de vagin.

Quand on pratique le toucher rectal, on constate que la vessie et le rectum sont au contact et séparés seulement par une cloison cellulo-fibreuse dont on peut approximativement déterminer l'épaisseur en introduisant une sonde dans la vessie et en pratiquant en même temps le toucher rectal. En introduisant le doigt dans le rectum, on sent à une profondeur de 10 centim. environ et sur la ligne médiane une petite masse arrondie de la grosseur d'une petite noisette et qui paraît être l'utérus rudimentaire ; à droite et à gauche de cette masse on sent deux cordons qui roulent sous le doigt et qui paraissent être les trompes normales. Plus haut on perçoit nettement deux corps ovoïdes dont la pression provoque une douleur typique et qui ne sont autre chose que les ovaires.

D'ailleurs aucune tuméfaction, aucune douleur du côté des annexes. Le diagnostic étant ainsi posé, M. Picqué se propose de pratiquer un vagin artificiel en dédoublant la cloison recto-vésicale et ensuite de tapisser le conduit néoformé avec la muqueuse et s'il est nécessaire la peau des parties voisines. L'opération est pratiquée le 22 juillet.

Opération. — La malade est chloroformisée, la vulve rasée et aseptisée. Une incision courbe à concavité supérieure est faite au niveau de la fourchette.

La muqueuse qui tapissait le cul-de-sac vulvaire est soigneusement disséquée, une ligne fibreuse s'insérant au sommet du cul-de-sac est découverte : c'est l'espace qui sépare la vessie du rectum. Avec de grands ménagements et s'aidant des doigts et de la spatule, M. Picqué chemine dans l'espace inter-vésico-rectal : plus la dissection s'avance plus elle devient difficile et l'aide du bistouri devient bientôt indispensable, mais il est manié avec la plus grande prudence, l'index de la main gauche étant dans le rectum et une sonde restant dans la vessie comme guide. Après avoir décollé les deux feuillets de la cloison sur une longueur d'environ 6 cent. M. Picqué s'arrête car le danger de perforation des organes est alors extrême.

La muqueuse vestibulaire qui avait été décollée au premier temps de l'opération sert à tapisser la paroi supérieure du vagin artificiel où elle est fixée par des points de suture au catgut. Quant à la paroi inférieure elle est tapissée par la peau de la région inter-vulvo-anale disséquée et portée par glissement jusqu'au fond de la dépression où elle est également maintenue par des points de suture au catgut.

Un canal vaginal est ainsi artificiellement créé, il est tapissé, mi-partie par de la peau mi-partie par de la muqueuse ; il permet facilement l'introduction de l'index dans une longueur de 6 cent.

Le résultat immédiat est donc excellent.

Les suites opératoires sont très simples, la réunion des lambeaux se fait par première intention. Au bout de 8 jours, la partie profonde du vagin commence à se rétracter, il y a une sorte de bride cicatricielle qui tend à rétrécir le calibre vaginal et à faire perdre une partie du terrain gagné.

On fait une dilatation quotidienne pratiquée à l'aide des doigts, et d'un tamponnement avec de la gaze iodoformée. Grâce à ce traitement la profondeur du vagin reste convenable : le tissu de cicatrice ne fait plus de progrès et quand notre malade quitte l'hôpital le 15 août son canal vaginal est souple et a une profondeur de 6 cent. environ.

Nota. — La malade revient vers la fin d'octobre, elle nous raconte que le canal vaginal a diminué de profondeur et qu'elle a dû revenir à d'anciennes pratiques. L'examen démontre, que le vagin n'a que peu diminué de profondeur, environ 1 cent. ; ce n'est certes pas tant la diminution de profondeur que l'absence

des conditions physiologiques du vagin normal qu'incrimine la malade.

Néanmoins je me décide, sur les instances de la malade, à détacher mes lambeaux, à les reporter plus en arrière du côté de l'utérus. Il m'a cependant été impossible de faire plus que lors de la première opération tant est intime d'adhésion de la vessie au rectum. La malade a toutefois été replacée dans les conditions primitives, c'est-à-dire qu'elle quitte de nouveau l'hôpital avec un vagin d'environ six cent. de longueur.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est intéressante à plus d'un titre, aussi demandons-nous à développer brièvement les réflexions qu'elle nous a suggérées.

Ce cas constitue à mon sens un document intéressant dans la question si débattue de nos jours, de l'origine embryonnaire de l'hymen.

Depuis les travaux de Thiersch, Leuckart, Kölliker, Livius, Furst et Dohrn, on sait que le vagin ou tout au moins une partie du vagin est formée par la fusion des extrémités inférieures des canaux de Müller.

Mais d'où vient le segment hyménal du vagin et l'hymen lui-même ? Les extrémités des conduits de Wolff qui s'ouvrent primitivement dans le sinus uro-génital à peu de distance des conduits de Müller se fusionnent-ils avec ces derniers pour constituer le segment hyménal ? Quelques auteurs citent des cas d'absence du vagin avec léger cul-de-sac vaginal bordé d'un hymen, qui pourraient s'expliquer par la participation des conduits de Wolff à la constitution de ce segment. L'hymen représente-t-il l'extrémité inférieure du vagin, c'est-à-dire des canaux de Müller, saillant dans le vestibule, comme le veut Budin, dont j'ai accepté l'opinion dans mon article de l'*Encyclopédie internationale.* L'hymen, au contraire, est-il une formation externe, comme l'a si brillamment soutenu M. Pozzi à la Société de biologie.

J'ai voulu simplement poser les termes du problème sans prétendre à le résoudre Je ne veux pas davantage tirer du fait que j'ai présenté aucune conclusion : je tiens à faire

remarquer que chez notre jeune fille les organes génitaux externes sont dans un état parfait de développement, qu'il existe une petite dépression, au-dessous du vestibule, et qu'enfin il n'*existe pas trace d'hymen.*

L'existence de la petite dépression peut être aussi bien rattachée au canal vulvaire, qu'à l'extrémité inférieure du vagin. Sa présence ne saurait rien prouver quant à la participation des canaux de Wolff à la formation du segment hyménal quand l'hymen n'existe pas.

Mais l'absence de l'hymen avec une vulve bien formée, tel est surtout le fait qu'il faut retenir; on n'en voit pas la raison si l'hymen est d'origine externe, mais on en comprend facilement l'absence avec un vagin absent, surtout quand le vestige du vagin (cordon fibreux) s'insère sur le fond de la dépression.

Un 2e fait que je ne fais que signaler en passant est l'absence de menstruation chez une femme présentant un utérus dont les ovaires sont *probablement* normaux ou tout au moins présentent un volume normal.

L'utérus est infantile et la muqueuse mal formée ne sait pas répondre à l'incitation partie de l'ovaire, si l'on accepte cette théorie, aussi n'observons-nous aucune rétention de sang menstruel. Peut-être y verra-t-on une confirmation de l'indépendance de l'ovulation et de la menstruation. D'ailleurs cette incitation ovarienne pourrait bien ne pas exister chez notre malade qui n'a jamais ressenti de douleur abdominale à l'époque de la puberté.

Quand il existe une absence du vagin, le chirurgien doit-il intervenir ? Quand cette absence de vagin donne lieu à la rétention du sang menstruel le cas n'est pas douteux, mais quand cette complication n'existe pas, que doit-on faire ? Déjà dans mon article Absence du vagin de l'*Encyclopédie* j'ai essayé, en m'appuyant sur l'opinion de M. le professeur Lefort, de justifier dans ces cas l'intervention chirurgicale. Théoriquement, en effet, l'opération de complaisance semble pleinement justifiée. Comme dit M. Lefort « le chirurgien doit se rendre

aux désirs de la malade qui tout en sachant bien ne pas pouvoir devenir mère veut au moins rester épouse ».

Or l'opérateur, s'il donne à la malade un canal vaginal, ne saurait fournir à ce dernier des parois possédant des propriétés physiologiques normales. Les confidences de notre malade nous ont montré que l'opération n'avait en aucune façon satisfait ses espérances et je pense que le chirurgien ne devra désormais se résoudre à une intervention que dans des cas vraiment exceptionnels.

Le manuel opératoire doit nous arrêter quelques instants. J'ai suivi dans mon cas le procédé de Dupuytren qui constitue en somme un procédé mixte d'incision et de décollement. Or ce procédé qui semble a priori très simple est en réalité d'une exécution très difficile. Les auteurs n'ont pas suffisamment insisté sur l'extrême densité du tissu cellulaire et sur l'adhérence intime de la vessie au rectum.

Je conseille d'opérer sur deux doigts placés dans le rectum après dilatation préalable de l'anus et de placer en permanence une sonde dans la vessie. Le tissu cellulaire augmente de densité au fur et à mesure qu'on s'avance dans la cloison. Bientôt l'obstacle devient insurmontable.

La 2e difficulté réside dans l'absence d'ampoule au voisinage de l'utérus; quand il existe une rétention du sang menstruel, on pourra suivre le conseil de Dupuytren et ponctionner l'ampoule avec un trocart. L'opération est alors terminée.

Quand il n'existe pas d'ampoule on doit avec Polaillon redouter la lésion du cul-de-sac péritonéal. Ce chirurgien dans son cas n'avait pas d'ampoule et fit l'opération en deux temps en s'appuyant sur une considération d'ailleurs contestable. On comprend d'ailleurs, qu'il lui était nécessaire d'arriver sur l'utérus puisqu'il y avait rétention avec oblitération du col. Dans mon observation l'absence de sang menstruel me fit renoncer d'aller jusqu'à l'utérus. Je m'arrêtai à environ 2 centimètres, redoutant d'ouvrir non seulement le péritoine, mais une des cavités voisines. Je me contentai d'un

vagin de 6 centimètres sachant bien qu'il ne serait guère suffisant, ce que la suite me démontra : et c'est une nouvelle raison pour laquelle on devra se montrer très ménager d'une opération de complaisance, quand il n'existe pas de rétention sanguine.

Ne voulant pas avoir à lutter contre la rétractilité cicatricielle à l'aide de moyens comme les cylindres gradués et le pessaire Gariel, que je considère comme fort insuffisants, j'eus recours à l'autoplastie par glissement ainsi qu'il a été dit dans l'observation, tapissant le vagin nouveau en haut par la muqueuse vestibulaire en bas par la peau de la région inter-vulvo-anale.

Le résultat immédiat fut bon, mais je tiens à signaler une cause d'échec contre laquelle il me semble difficile de lutter.

Que l'on emploie la greffe simple ou le lambeau véritable, l'angle dièdre qui forme le fond de la cavité est le siège d'un travail cicatriciel qui a la plus grande tendance à refouler le lambeau en dehors et à combler peu à peu la cavité, même lorsque le lambeau ou la greffe sont fixés directement sur cet angle. Il est évident que le tissu cicatriciel très dense qui forme cet angle doit avoir de grandes difficultés à adhérer à la face cruentée du lambeau, et si cette adhérence n'est pas intime je crois que le refoulement du lambeau est fatal.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME

Par **Saenger** (1). Traduction par le Dr R. LABUSQUIÈRE.

I. — Importance de la blennorrhagie. Sa fréquence. Sa nature infectieuse.

Comme on le sait, Nöggerath a été le premier, dans sa monographie parue en 1872, « *La blennorrhagie latente chez la*

(1) Communication faite à la *Medicinischen Gesellschaft* de Leipzig.

femme », à attirer l'attention sur les conséquences graves de l'infection gonorrhéique chez la femme.

« La femme de tout homme qui, antérieurement au mariage, a eu une blennorrhagie, dit-il, est à de très rares exceptions près, affectée de gonorrhée latente. Ce fait n'aurait pas été suffisamment mis en lumière par suite de diverses circonstances.

« Les médecins admettent à présent qu'une blennorrhagie chez l'homme, qui a cessé de manifester son existence par un des phénomènes pathologiques, tels que : humidité, suintement ou agglutination du méat urinaire, prurit, douleurs en urinant, est réellement guérie. Or, cette opinion est fausse pour l'immense majorité des cas, et je ne crois pas exagérer en affirmant qu'à mon sens, 90 p. 0/0 des blennorrhagiques restent *non guéris.* Du moins, sur cent femmes, mariées à des hommes qui ont eu une blennorrhagie en apparence disparue, c'est à peine s'il s'en trouve 10 de saines; quant aux autres, elles souffrent à un moment donné, d'une des affections que le présent mémoire a pour but de définir. De plus, nous pouvons sûrement admettre que chez telle ou telle des dix femmes d'abord épargnées, une cause occasionnelle quelconque suffira à faire se manifester, plus ou moins tôt, la maladie restée latente jusqu'alors. »

Il n'a pas été fait de recherches sérieuses pour vérifier si l'estimation de Ricord et de Nöggerath, que, pour les grandes villes, sur cent hommes, 80 ont eu la blennorrhagie correspond à la réalité ; cette enquête d'ailleurs se heurte à de grosses difficultés. Toutefois, il est permis de croire que Nöggerath a poussé trop loin son pessimisme en acceptant que ces 80 p. 0/0 cas, représentaient des cas « latents », incurables.

Schwartz qui, cependant, se rangeait volontiers à l'idée de l'extrême fréquence de la blennorrhagie chez l'homme, estimait que 10 à 15 p. 0/0 seulement des contaminés, étaient affectés d'une blennorrhagie chronique, relativement incurable. Mes évaluations personnelles de la fréquence de la blennorrhagie chez la femme concordent entièrement avec ces chiffres de Schwartz.

Dans le travail que je communiquai au congrès gynécologique de Munich, je constatai que sur un ensemble de 1930 cas, j'avais trouvé 230, soit 12 p. 0/0, infections blennorrhagiques ; depuis, sur 161 autres cas, étudiés avec un soin tout spécial, j'ai relevé l'affection blennorrhagique 29 fois, soit dans 18 p. 0/0 des cas.

On peut admettre qu'au moins 1/8 des femmes qui se présentent à la consultation d'un gynécologue sont atteintes de blennorrhagie.

Les gynécologues sont particulièrement conduits à apprécier l'importance capitale de la gonorrhée sur les organes génitaux féminins par la notion, que, dans plus du tiers des ménages stériles, on trouve la gonorrhée chez les deux conjoints et presque aussi souvent l'infécondité chez le mari.

On peut, pour prouver combien profondément cette influence inquiétante de la blennorrhagie se fait sentir dans la famille et dans l'État, rappeler les chiffres que Chervin a fournis d'après les résultats du dernier recensement de la population en France, sur le nombre des enfants d'une famille (*Bull. de l'Acad. de méd.*, octobre 30, 1888).

	20	0/0	des	ménages	étaient stériles		
Dans	24	0/0	—	—	il était né	1	enfant
»	22	»	—	—	—	2	»
»	15	»	—	—	—	3	»
»	9	»	—	—	—	5	»
»	3	»	—	—	—	6	»
»	2	»	—	—	—	7	»

Ainsi, sur 100 ménages, il était né 258 enfants, chiffre qui précisément suffit au maintien de la population.

Eu égard au 44 0/0 des ménages sans enfants ou avec seulement un enfant, on est autorisé à dire, qu'en France, déjà, ce n'est plus le système à deux enfants (Zwei Kindersystem), mais le système à un et à aucun enfant (Ein und Keinkindersystem) qui prédomine.

Que ce soit la gonorrhée qui influe le plus et d'une façon désastreuse sur ces chiffres, le fait est hors de contestation.

Les preuves d'une opinion aussi grave et qui réclame, au plus haut degré, l'attention même de l'économiste, sont fournies par la gynécologie ; elles seront exposées plus loin.

Nous trouvons encore une preuve de la fréquence de la blennorrhagie de la femme dans la fréquence même de la gonorrhée chez les nouveau-nés. Sur 389 femmes, observées à la Clinique obstétricale de Leipzig pendant l'année 1879, par conséquent avant l'usage des instillations prophylactiques de Crédé, je constatai chez cent

d'entre elles des écoulements purulents produits par l'infection gonorrhéique, soit 26 sur 100; Oppenheimer pour la Clinique d'Heidelberg a obtenu le chiffre de 27 0/0; or, 40 0/0 des enfants, issus de ces 100 femmes, vinrent au monde avec de la blennorrhée.

En ce qui concerne la propagation, les dangers et le traitement de celle-ci, Lamhofer s'est, récemment, expliqué ici même dans un travail excellent.

Si les véritables causes de ces maladies d'yeux étaient mieux connues du public, cette connaissance pourrait au moins servir à combattre peu à peu le dédain et l'indifférence que l'on professe quant aux reliquats de l'infection gonorrhéique.

L'opinion que la gonorrhée est une maladie infectieuse, intéressant surtout les organes génitaux et urinaires, a trouvé sa démonstration dans la découverte par Neisser, en 1879, d'un microbe spécifique, le diplococcus (gonococcus) de Neisser (*diplococcus Neisseri*).

Semblables par leur forme à des grains de froment ou de café, ces coccus constituent de petits amas, situés dans les cellules, et sans réaction spécifique de coloration. Ils pénètrent à travers l'épithélium intact et entre les cellules épithéliales jusqu'au corps papillaire. A ce niveau, ils déterminent une infiltration inflammatoire et de la suppuration. Les globules du pus, cheminant entre ou à travers les élements épithéliaux, parviennent à la superficie, ou bien demeurent libres par la chute du revêtement épithélial ou par la formation de lacunes dans celui-ci. Leur présence a été constatée dans les sécrétions de l'urèthre, des glandes de Bartholin, du vagin, du rectum et du péritoine. Leur rôle comme facteurs étiologiques de l'ophthalmie gonorrhéique a été établi aussi bien par la démonstration de la présence des diplococcus, que par les inoculations (Zweifel).

On a encore observé la localisation de la gonorrhée sur la muqueuse du nez, et même sur la muqueuse buccale, mais on n'a pas, d'une manière indiscutable, établi la présence des gonococcus. Bumm a réussi pour la 1re fois à obtenir des cultures pures de gonococcus dans le sérum humain (sérum placentaire). Il obtint, au bout de 38 jours, la 20e culture pure, et elle avait conservé encore complètement les propriétés infectieuses du gonococcus.

La constance du gonococcus de Neisser n'est pas, il est vrai, encore reconnue par tout le monde; elle a été contestée récem-

ment par Zeissl dans un travail tout à fait à la hauteur des connaissances actuelles. Cependant, la plupart des syphiligraphes et des gynécologistes s'accordent à voir dans ce micro-organisme, l'agent spécifique des affections blennorrhagiques. Malheureusement, il est très difficile de mettre, par l'examen microscopique, ces *cocci* sûrement en évidence.

Bockhardt et Bumm ont même décrit 5 types différents de *pseudo-gonococci*, qui se rencontrent dans les sécrétions de l'urèthre et du vagin, mais qui ne se trouvent jamais ni au-dessous, ni dans l'épaisseur de l'épithélium, ni dans l'intérieur des éléments épithéliaux. Malheureusement, comme en général, on ne fait que l'examen des sécrétions, il est souvent fort difficile de distinguer les uns des autres, les *gonococci* vrais et les *pseudo-gonococci*. En outre, il arrive que précisément dans les processus graves, déterminés par l'infection gonorrhéique, par exemple dans le cas d'une pyosalpingite, et, en général, dans les formes chroniques de la gonorrhée, *les gonococci* font défaut, ou tout au moins leur présence est intermittente; en sorte qu'on les rencontre dans un cas, et qu'on ne les trouve pas dans un autre.

D'autre part, la recherche et l'appréciation de la signification pathogénique des *gonococci* se complique de difficultés considérables par le fait des infections mixtes, qu'il s'agisse de pseudo-gonocoques ou de staphylocoques, de streptocoques ou de bacilles tuberculeux.

Bumm, à l'aide de recherches bactériologiques, moi-même, par l'analyse des faits cliniques, sommes arrivés à cette conclusion, que l'*infection gonorrhéique est une maladie purement superficielle*, qu'elle ne dépasse pas le tissu sous-épithélial, et que les phlegmasies et les suppurations plus profondes sont toujours les effets d'une infection mixte.

De même la cystite (cysto-urétéro-pyélite), la bartholinite suppurée, sont sous la dépendance d'infections mixtes, la première avec le *diplococcus flavus*, la seconde avec le *streptococcus*.

L'infection gonorrhéique, survenant pendant les suites de couches, a une importance toute spéciale, soit qu'elle se combine avec des processus puerpéraux septiques, soit qu'elle se développe seule.

Dans un travail, communiqué au 1er congrès de gynécologie, j'ai montré que précisément les formes les plus graves de l'infection

blennorrhagique surviennent après l'accouchement et j'ai indiqué les signes qui permettent de les distinguer des processus puerpéraux purs.

Pleinement convaincu de la légitimité de l'opinion de Neisser que le gonococcus est bien l'agent spécifique de la blennorrhagie aiguë et chronique, je me suis cependant, en raison de l'incertitude de la démonstration bactériologique, placé au *point de vue clinique*.

La valeur diagnostique que j'accorde aux phénomènes cliniques, surtout après avoir spécifié que je ne méconnais pas l'importance du gonococcus de Neisser, sera sans doute bien vue de la plupart des gynécologues.

Cette valeur diagnostique des phénomènes cliniques, toujours prépondérante, et même encore plus grande qu'autrefois par suite de la connaissance récente *de plusieurs symptômes* et de certaines circonstances démonstratives, se fortifie encore du fait que des hommes comme Oberlaender, qui a contribué pour une large part aux progrès du diagnostic de la blennorrhagie de l'homme, s'en tiennent exclusivement à elle.

Il est certain que, dans la question actuelle, l'examen bactériologique isolé, qui repose en quelque sorte exclusivement sur l'examen microscopique, est tout à fait borné, insuffisant et illusoire.

II. — Diagnostic clinique de la blennorrhagie.

Les conditions qui constituent le *critérium* clinique, sur lequel s'établit le diagnostic de la blennorrhagie chez la femme sont les suivantes :

1° *Démonstration de l'existence chez l'homme de la gonorrhée, soit aiguë, soit chronique.*

2° *En l'absence de constatation directe, renseignements formels fournis par la femme ou par le médecin, quant à l'existence de la gonorrhée chez l'homme.*

Le fait de la persistance d'une infection gonorrhéique *grave* dans les parties profondes de l'urèthre de l'homme, après 10, 15 et même un plus grand nombre d'années, est démontré de la manière la plus claire par la production des rétrécissements de l'urèthre. Si l'on n'admettait pas la continuité de l'existence et de l'activité du processus infectieux, il serait impossible de s'expliquer la produc-

tion des rétrécissements à une période aussi éloignée de l'infection aiguë.

La transmission de la blennorrhagie d'un homme infecté plusieurs années auparavant à une vierge saine, a la valeur d'une expérience clinique.

3° *Ophthalmie blennorrhéique d'un ou de plusieurs enfants.*

Il ne faut jamais négliger, si l'on soupçonne la gonorrhée, de s'informer discrètement, si les enfants n'ont pas été atteints d'affection oculaire.

4° *Catarrhe purulent, concomitant ou antérieur, des voies urinaires, en l'absence de toute autre étiologie.*

A l'heure actuelle, il ne paraît plus douteux que le catarrhe purulent des voies urinaires ait une origine hétérogène et infectieuse. La plupart du temps, on réussit à dégager les véritables causes d'un catarrhe de la vessie; par exemple, à montrer qu'il est la conséquence d'un cathétérisme impur.

Les catarrhes vésicaux consécutifs à une infection gonorrhéique, qui, comme il a été dit, témoignent d'une infection mixte, ne sont spontanés qu'en apparence : la muqueuse uréthrale, affectée de gonorrhée, constitue une sorte de pont sur lequel, favorisés peut-être par des manœuvres externes même d'ordre thérapeutique, arrivent facilement de l'extérieur les véritables agents du catarrhe de la vessie. Tandis que, dans le catarrhe vésical indépendant d'une infection gonorrhéique, l'urèthre conserve son intégrité antérieure, dans le cas d'infection gonorrhéique, c'est précisément l'urèthre qui, après un long temps, atteste encore, par la persistance même de son état morbide, que celui-ci est la conséquence de la blennorrhagie.

5° *Maladie des glandes de Bartholin.* — Il est, d'une façon générale, fort douteux qu'il existe des inflammations et des catarrhes non gonorrhéiques des glandes de Bartholin ; et, s'il s'en rencontre c'est tout au plus s'ils sont par rapport aux processus gonorrhéiques de ces glandes dans le même rapport que les uréthrites, non spécifiques, très rares, avec les uréthrites gonorrhéiques. Il n'est pas nécessaire que la sécrétion qui s'écoule ou qu'on fait sourdre des glandes soit purulente : un écoulement muqueux, abondant, suffit à démontrer l'existence de la gonorrhée.

Il est un signe de la bartholinite d'une importance spéciale. C'est une tache rouge-pourpre, sombre, de la grosseur d'une len-

tille, et rappelant une piqûre de puce, qui siège autour de l'orifice souvent double de la glande. Je la désigne sous le nom de « *macule gonorrhéique* ». Si on la constate des deux côtés d'une façon nette, en même temps qu'une rougeur spéciale du méat urinaire, on peut, sans aucun complément d'exploration interne, affirmer l'infection blennorrhagique.

6° *Condylomes acuminés.*

Personne ne conteste la spécificité de ces lésions, bien qu'on n'ait pas réussi à les reproduire par des inoculations de sécrétion gonorrhéique. Il suffit donc, dans l'espèce, de la constatation formelle d'un ou de plusieurs petits condylomes caractéristiques, à la vulve, sur les fesses, au vagin, sur la portion vaginale du col, pour poser sûrement le diagnostic de l'infection gonorrhéique.

7° *Écoulement purulent ou muco-purulent au niveau du col, en l'absence d'érosions ou de pseudo-érosions de l'orifice externe.*

La théorie d'après laquelle les érosions du col sont la conséquence de l'action irritante des sécrétions utérines sur les tissus cervicaux n'est pas justifiée. Rien ne le prouve mieux que l'absence même de ces érosions chez les nullipares avec un orifice externe cupuliforme, alors même qu'il existe une sécrétion purulente abondante. Ces dernières conditions sont caractéristiques de la gonorrhée.

8° *Maladie des annexes de l'utérus et du péritoine pelvien.*

Dans l'étiologie de la salpingite, de la péri-salpingite, de l'ovarite, de la péri-ovarite, la gonorrhée tient le premier rang ; puis viennent l'infection des plaies, l'actinomycose.

Si l'on peut, abstraction faite de l'actinomycose, éliminer en raison des anamnestiques et du défaut de preuves cliniques, l'idée d'une infection septique, il ne reste plus qu'une hypothèse pour expliquer un processus inflammatoire infectieux des annexes, surtout quand il est bilatéral, qu'il résiste longtemps au traitement et qu'il récidive souvent. Il a sa cause dans la gonorrhée. D'autre part, la maladie gonorrhéique, chez les femmes à stérilité absolue ou relative (1 enfant), est dans une proportion élevée, une des causes de l'infécondité. Car, lorsqu'il y a inflammation blennorrhagique de l'orifice externe avec extension par en haut, la stérilité est la règle.

Je tiens à affirmer ici, qu'indépendamment de ces 8 conditions qui constituent le *critérium* clinique, je reconnais, particulièrement

pour les cas douteux, l'importance de la démonstration de la présence des *gonococcus*. Mais, je ne puis accorder à l'examen bactériologique la valeur diagnostique capitale que lui attribuent précisément les auteurs mêmes qui ont fait ressortir les difficultés et l'incertitude de cet examen. Si la preuve bactériologique était passible de cette application, elle devrait être infaillible. Or, dans des cas particuliers, par exemple, quand il s'agit de maladie grave des annexes de l'utérus, elle ne peut être faite.

III. — Localisations de la blennorrhagie.

En ce qui concerne la *localisation de l'infection gonorrhéique* sur les différents points de l'appareil génito-urinaire, les opinions professées encore il y a peu de temps, s'écartent de celles en faveur à l'heure actuelle.

On considérait jadis, indépendamment de la vulve avec ses glandes, le vagin comme un des sièges principaux de la blennorrhagie chez la femme. En réalité, cet organe, dans le plus grand nombre des cas, ne fait que recevoir les sécrétions qui lui viennent de l'utérus, sans en fournir lui-même.

Steinschneider et Fabbry ont montré que, chez la femme, comme chez l'homme, l'urèthre est le plus fréquemment le siège de la gonorrhée aiguë.

Au contraire, dans les formes chroniques de l'infection, il est très fréquent de ne relever aucune trace d'uréthrite. Néanmoins, celle-ci peut avoir existé antérieurement et être définitivement guérie.

Il n'est pas rare toutefois dans des cas où l'on trouve de la rougeur du méat urinaire, où l'urèthre fournit une sécrétion purulente, de constater un épaississement et une induration remarquables, résultat de l'uréthrite interstitielle et de la péri-uréthrite d'origine gonorrhéique.

L'urèthre de la femme comme celui de l'homme, mais beaucoup plus rarement, peut subir des rétrécissements.

Les catarrhes suppurés de la vessie, des uretères, des bassinets, consécutifs à la gonorrhée se rencontrent chez la femme plus rarement que chez l'homme, ce qui est en rapport avec la plus faible importance de l'uréthrite; ils sont, ainsi que nous l'avons dit plus haut, toujours les effets d'infections mixtes, associées surtout

au diplococcus flavus ou au staphylococcus. Et de ce fait, ils présentent même, dans certains cas, une malignité spéciale. J'ai vu plusieurs de ces cas, consécutivement à l'apparition d'une néphrite suppurée, se terminer par la mort.

Ainsi que je l'ai montré, il est possible de diagnostiquer sûrement cette extension de la maladie par la palpation du vagin, les uretères atteints par le processus étant épaissis et douloureux.

La *vulve*, quand elle est tapissée d'une muqueuse fine, est la plupart du temps, concurremment avec l'urèthre, le siège de la gonorrhée. Mais, à son niveau, le processus aigu rétrocède encore plus rapidement et plus tard, dans la période chronique, on ne constate d'autre altération qu'une rougeur d'aspect spécial, à mouchetures sombres, se détachant sur un fond blanc jaunâtre, strié. D'autre part, il n'est pas rare, en l'absence de soins de propreté et d'un traitement convenable, que, sous l'influence d'une suppuration abondante, il se produise des érosions cutanées, de l'eczéma et même des ulcérations profondes de la peau.

Les *glandes de Bartholin*, ainsi qu'il a été dit plus haut, sont souvent, aussi bien au niveau du canal excréteur que des lobules glandulaires, le siège de la blennorrhagie. Et souvent, elles arrivent à suppuration par la pénétration jusqu'à la glande, durant la période aiguë, de staphylocoques : bartholinite suppurée.

Nous avons déjà signalé la rougeur, d'aspect moucheté, caractéristique de l'infection (*macule gonorrhéique*). Les kystes de la glande de Bartholin, à contenu muqueux, toujours d'origine gonorrhéique, sont produits par l'oblitération du canal excréteur, consécutive à un catarrhe.

L'infection gonorrhéique pure de la vulve et de ses glandes ne détermine jamais l'engorgement des ganglions inguinaux. — Lorsque ces ganglions sont tuméfiés, enflammés, suppurés, c'est qu'on se trouve en présence d'une infection concomitante par des staphylocoques ou par des streptocoques.

Le *rectum* n'est que rarement le siège de l'infection gonorrhéique, sans doute parce que celle-ci ne se localise sur cette région que dans des circonstances spéciales. Peut-être même cette localisation n'est-elle le plus souvent que la conséquence d'une auto-infection, dont l'agent est le doigt, et le foyer d'origine les parties génitales. Le stade chronique se distingue par la formation d'ulcères, de cicatrices variables, disséminées, qu'il est difficile de

distinguer des lésions de la rectite syphilitique et tuberculeuse.

Comme nous l'avons dit plus haut, il est commun que le vagin échappe à l'infection gonorrhéique, en raison probablement de son épithélium pavimenteux résistant. Toutefois il est certain, et l'éventualité n'est pas rare, que cet organe peut être lui-même affecté, et précisément, lorsque cet épithélium est naturellement très fin ou qu'il subit un amincissement passager ou définitif, qui favorise la pénétration des gonococcus : ainsi dans l'enfance, chez les sujets jeunes, dans la vieillesse, chez les femmes enceintes, et même, ainsi qu'en témoignent de nombreuses observations personnelles, chez des adultes à peau fine, à muqueuses délicates (personnes à cheveux rouges).

La vaginite gonorrhéique, en particulier chez les femmes enceintes, provoque la formation de petites nodosités, parfois extrêmement nombreuses, et de structure adénoïde, dites granulations. C'est la vaginite granuleuse, qu'on diagnostique plus souvent qu'elle n'existe en réalité, par la raison qu'on confond très facilement les granulations avec les papilles normales du vagin. Les condylomes acuminés paraissent d'ailleurs émaner de celles-ci.

Le siège principal de la gonorrhée, dans les parties génitales internes, est, ainsi que l'ont démontré Bumm, Lomer, Schwartz et d'autres, par l'examen bactériologique : le col de l'utérus. Les plis palmés, avec leurs nombreux replis, leurs sinuosités, leurs dépressions, constituent des nids très favorablement disposés pour la multiplication des *gonococci*, et d'où il est fort difficile de les déloger. En général, ils sont amenés à ce niveau directement par le coït ; et l'étroitesse de l'orifice externe ne constitue que rarement un obstacle à leur pénétration.

Si Winter a démontré que le corps de l'utérus, les conditions étant normales, ne contient aucune espèce d'organismes, ce sont sûrement les *gonococci* qui, la plupart du temps, pénètrent les premiers dans une cavité utérine jusqu'alors normale. Peut-être, le corps de l'utérus serait-il encore plus fréquemment le siège de l'infection gonorrhéique, si les éruptions menstruelles n'étaient pas défavorables à leur nidation ; toutefois, elles ne sont pas plus capables de l'empêcher sûrement que les processus puerpéraux exfoliatifs.

Il est probable que l'extension de l'infection gonorrhéique du col au corps s'opère par le courant produit par les cils vibratiles.

Les *gonococci* à travers les orifices glandulaires, parviennent jusqu'au tissu décidual, et y déterminent fréquemment une infiltration purulente, abondante. J'ai pu m'en convaincre, à maintes reprises, par l'examen de morceaux de muqueuse obtenus par le raclage. Or, si l'on songe, qu'il peut même se former des abcès petits et nombreux, il est aisé de comprendre, pourquoi l'endométrite gonorrhéique se complique si souvent d'hémorrhagies et d'avortement. Toutefois, la grossesse, en certains cas de maladie grave de la caduque, même avec suppuration entre ces membranes, peut aller jusqu'à terme, ainsi que l'a signalé Donat à propos d'un cas que j'ai également observé.

Dès que l'infection gonorrhéique a affecté la cavité de l'utérus et a atteint les orifices tubaires, elle peut se propager dans la trompe elle-même. Sans doute, l'étroitesse de ces orifices et le sens du courant produit par les cils vibratiles, sont des conditions de nature à gêner cette propagation ; toutefois, elle s'effectue encore assez fréquemment. Il se développe alors une salpingite aiguë suppurée, qui, comme l'ont démontré les recherches de Freund, n'affecte immédiatement la trompe dans toute sa longueur, que si elle a une direction rectiligne.

Lorsqu'au contraire, elle rappelle par sa forme le type embryonnaire, qu'elle est sinueuse, contournée, elle n'est pas atteinte simultanément dans toutes ses parties. La salpingite simple, consécutive à une oblitération complète ou partielle de l'orifice abdominal, peut aboutir à un pyo-salpinx, et donner lieu à des poches de pus, semblables à des abcès, et de la grosseur d'une tête d'enfant.

Mais, dans certains cas, sous l'influence d'une inflammation chronique de la paroi tubaire, celle-ci subit un épaississement concentrique (salpingite interstitielle). Westermark, Orthmann et Adolphe Schmidt ont démontré dans le pus de la trompe affectée de salpingite gonorrhéique, la présence de gonocoques. Il est probable qu'ici encore se produisent des infections mixtes avec le staphylocoque et le streptocoque probablement, sûrement avec le bacille tuberculeux.

La propagation de l'infection gonorrhéique aux ovaires, aux ligaments larges, s'effectue le plus souvent de la manière suivante. Sous l'influence d'un traumatisme, parfois très léger, tel que l'effort fait pour soulever un objet un peu lourd, consécuti-

vement à un mouvement brusque, à une pression violente, etc., une petite quantité de pus jaillit dans la cavité péritonéale et y provoque une inflammation violente. En général, il s'agit d'une pelvi-péritonite gonorrhéique pure, spéciale en ce qu'elle se limite au péritoine pelvien. On n'a jamais encore décrit l'apparirition chez les adultes d'une péritonite généralisée, purement gonorrhéique, formellement constatée. Mais on a cité des cas dans lesquels, après l'irruption du pus dans la cavité abdominale, la mort est arrivée au milieu de phénomènes graves, et sous les allures d'une péritonite septique aiguë.

Il n'est jusqu'ici qu'un seul cas, celui cité par Ceppi, où dans le pus d'un exsudat pelvi-péritonitique évacué par le vagin, on ait démontré la présence de gonocoques.

Les tentatives d'inoculation dans la cavité abdominale d'animaux à sang chaud sont constamment restées négatives.

Contrairement à l'opinion de Nöggerath, les ovaires ne sont pas une des localisations principales de la gonorrhée. Ils ne deviennent malades que secondairement, et d'abord superficiellement, par la participation de la tunique albuginée à la phlegmasie superficielle du côté affecté.

En conséquence, il s'agit toujours au début d'une péri-ovarite, qui s'accompagne souvent de dépôts exsudatifs abondants. Ce n'est que consécutivement à la résorption de ces exsudats, et à l'établissement d'adhérences cicatricielles étendues, que s'installent des processus morbides du parenchyme ovarique, sous la forme d'ovarite chronique atrophique, ou que se forment des kystes qui ont pour point de départ les troubles survenus dans la circulation de l'organe.

Les abcès de l'ovaire, toujours le résultat d'infections mixtes, sont très rares. Quand il s'en produit, ils sont, en quelque sorte, le continuation directe des abcès tubaires et des dépôts exsudatifs suppurés.

Enfin, d'une manière exceptionnelle, il est vrai, les agents pyogènes peuvent arriver jusqu'à l'ovaire par le hile de l'organe (j'en ai vu un exemple formellement constaté à l'autopsie), à la faveur de la perforation d'un pyo-salpinx entre les feuillets des ligaments larges.

La gonorrhée de la trompe s'accompagne presque constamment d'un processus phlegmasique du péritoine pelvien et de la tunique

albuginée de l'ovaire, sans qu'il y ait nécessairement formation d'exsudats. En raison, en quelque sorte, de la sympathie pathologique que présentent ces 3 régions des organes génitaux internes, on a désigné, dans ces derniers temps, sous la dénomination de « *maladie gonorrhéique des annexes uni ou bilatérale* », le complexus morbide, qu'on appelait autrefois et même encore « *périmétrite* ». Or, ces deux expressions ne sont pas heureuses. Quand au début la trompe est seule malade, le terme de *salpingite* est préférable; plus tard, lorsque l'ovaire et les ligaments larges sont eux-mêmes affectés, mieux vaut dénommer cet état « *pelvi-péritonite latérale* » (droite, gauche). Et l'on réservera pour la péritonite proprement dite, c'est-à-dire pour le processus phlegmasique et exsudatif de l'espace de Douglas, l'expression de *pelvi-péritonite postérieure.* »

Nöggerath voyait dans le péritoine pelvien le siège principal de l'infection gonorrhéique externe, aussi admettait-il trois variétés de cette inflammation : a) aiguë; b) rémittente; c) chronique; auxquelles, comme quatrième forme, fut ajoutée l'ovarite.

Mais j'ai fait voir, que le siège principal est dans les trompes, et que ces organes sont bien les véritables foyers d'origine des attaques réitérées de péritonite. Aussi, toutes les fois qu'on trouve une affection des annexes, et concurrement l'ensemble des symptômes que nous venons de tracer et qui témoignent de l'existence d'une infection gonorrhéique, on peut, à coup sûr, affirmer que les trompes sont malades.

Si, par l'examen des faits cliniques, j'ai été conduit à estimer que l'extension de la gonorrhée aux annexes a lieu environ dans 1/3 des cas, je sais très bien qu'il m'est impossible de donner ce chiffre comme absolu. Toutefois, il exprime le résultat de recherches minutieuses et de beaucoup de soins dans la détermination de ce rapport.

Adolph Schmidt a tenté récemment, par l'examen de 100 cas, principalement aigus, d'infection gonorrhéique (prostituées, filles de service, etc.), où la présence des gonocoques avait toujours été démontrée, de déterminer le rapport centésimal des cas, dans lesquels les annexes étaient atteintes. Il a trouvé pour ce rapport 23,3 0/0. Toutefois, il déclare être très disposé à abaisser ce chiffre de 23,3 0/0, à 5 p. 0/0, mais sans justifier d'aucune manière cette restriction.

Or, si relativement aux cas aigus, Schmidt est arrivé à un tel

chiffre, il est certain que pour les cas chroniques il doit être beaucoup plus élevé ; car, c'est principalement dans la période chronique, que s'effectue l'extension de la gonorrhée aux trompes.

Mais, comment se fait-il que dans tel cas l'infection tubaire affecte une malignité extraordinaire, aboutissant par exemple à la formation de collections purulentes énormes, à la suppuration des parois de la trompe, à leur perforation dans la cavité abdominale, dans l'intestin, tandis que dans tel autre, elle se montre relativement bénigne, sans aucun caractère destructif ; c'est là un côté de la question qui n'est pas encore complètement élucidé. Peut-être ces différences sont-elles en rapport avec le nombre et le degré de virulence des micro-organismes apportés, comme avec l'ensemble des conditions anatomiques.

L'état anatomique, que j'ai constaté dans mes salpingo-oophorectomies, m'a persuadé que la salpingite gonorrhéique suppurée est capable de guérison, que toutefois celle-ci ne s'effectue qu'après l'établissement d'adhérences, et oblitération de l'orifice abdominal des trompes, lésions incompatibles avec une *restitutio ad integrum* complète.

Souvent même ces lésions favorisent l'apparition d'états pathologiques divers tels que l'hydrosalpinx et la grossesse tubaire, qui, par suite, sont, en beaucoup de cas, les conséquences de l'infection gonorrhéique.

(A suivre.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 9 janvier 1890.

Présentations : DOLÉRIS. a) **Kyste dermoïde de l'ovaire.** — La tumeur est grosse, après un séjour assez prolongé dans l'alcool, comme une petite mandarine, contient des cheveux, de la matière sébacée et 3 dents. *Guérison.*

b) **Tumeur fibro-kystique**, qui était implantée sur le ligament de l'ovaire. Elle contenait 300 gr. environ d'un liquide clair, rappelant le liquide ascitique. *Guérison.*

c) **Tumeur papillaire développée dans la cavité tubaire**, qui, au mo-

ment où elle fut enlevée, avait le volume d'un petit melon. Elle contenait un liquide lactescent. *Guérison*.

d) **Kyste fœtal extra-utérin.** — La tumeur a été extirpée sur une femme qui, environ 2 mois auparavant avait eu des signes de grossesse au début. 1 mois plus tard, elle avait expulsé, au milieu de douleurs assez vives, une fausse membrane. Par l'examen, on perçut à droite de l'utérus une tumeur, de la grosseur d'une orange. La laparotomie permit de constater qu'elle était constituée par l'ovaire droit, siège d'un kyste hématique. D'autre part, la trompe contenait un caillot dégénéré à son centre, et qui était entouré d'une membrane molle, épaisse, souple, et pourvue de villosités. Il s'agissait bien d'une *grossesse tubaire*. *Guérison*.

PORAK. **De l'anesthésie obstétricale, au moyen du chloroforme.**

Discussion : PAJOT, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, DUMONTPALLIER, LOVIOT. La discussion qui n'est pas encore terminée, sera résumée ultérieurement.

LOVIOT. **Vomissements incoercibles de la grossesse, accouchement prématuré, guérison.** — Femme âgée de 18 ans, primipare. Les vomissements qui, au début, rappelaient ceux si habituels aux femmes enceintes, se transformèrent peu à peu, vers le 3e mois, en vomissements incoercibles. Les moyens ordinaires de traitement ayant échoué et la vie étant en péril, on provoqua l'accouchement par le procédé de Braün, en s'entourant, bien entendu, de toutes précautions antiseptiques. Détail curieux, dès le moment où la sonde fut introduite, la femme put conserver quelques aliments. Le 5e jour, après l'intervention, expulsion d'un fœtus du poids de 200 gr.; et consécutivement à 2 injections phéniquées intra-utérines, expulsion du placenta et de la bougie. A partir de ce moment, cessation complète des vomissements et retour rapide à la santé.

Discussion : GUÉNIOT insiste sur l'importance capitale qu'il y a à réaliser une diète stomacale absolue. Dans le cas actuel, la diète alimentaire était en effet rigoureuse, puisqu'on a eu recours aux lavements alimentaires pour ménager cet organe. Mais n'a-t-on pas fait abus de médicaments, n'a-t-on pas aussi permis, sous prétexte de procurer quelque soulagement à la malade, des quartiers d'orange, quelques grains de raisin ? Or, cela est nuisible. Un peu d'eau de Vichy, et par cuillerées à café, c'est tout ce qu'il faut accorder? D'autre part, on n'a peut-être pas insisté suffisam-

ment sur les moyens propres à prévenir les actes réflexes qui se traduisent par les vomissements. Au niveau de l'utérus, les médicaments belladonés; par le rectum des lavements chloro-bromurés, sur la colonne vertébrale application de glace, etc. PAJOT résume une observation analogue à celle de M. Loviot. Il put, par l'accouchement provoqué par le procédé de Kiwisch, sauver une femme qu'à son arrivée il avait trouvé mourante, à la suite de vomissements prolongés et réfractaires à toute autre thérapeutique. DOLÉRIS fait la remarque que ces accidents se rencontrent surtout chez certaines personnes, chez les *nerveuses héréditaires*. Aussi, ayant eu affaire à un cas analogue, il eut l'idée de recourir à l'hydrothérapie sous forme de douches froides. Les vomissements cessèrent. R. L.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Séances du 10 *mai et du* 12 *juillet* 1889.

Présentations. P. RUGE. **Hématome tubaire** (?) — X..., 38 ans, accouchée une fois, 14 années auparavant. Dernières règles, vers la mi-novembre 1888. Dès le commencement de l'année 1889, hémorrhagies prolongées et douleurs. Vers le 15 février, constatation d'une tumeur, de la grosseur du poing, située à gauche de l'utérus, paraissant intra-ligamentaire, et qui fut considérée comme étant une grossesse extra-utérine. Or, l'examen anatomique pratiqué par C. Ruge et Keller, les persuada qu'il s'agissait d'un *hématome de la trompe*.

Discussion. VEIT pense qu'il y aurait lieu de reprendre l'examen de cette pièce. Car, certaines particularités, par exemple, son adhérence sur une certaine portion de sa surface à la paroi tubaire tandis qu'en tous les autres points elle est libre, sont plutôt favorables à l'idée d'une grossesse extra-utérine. Il est convaincu *que bon nombre de faits, publiés sous l'étiquette d'hématome tubaire, correspondent en réalité à des grossesses tubaires.* C. RUGE répond que l'examen microscopique n'a laissé constater que des éléments anatomiques, effets de la coagulation. DUHRSSEN insiste sur les risques associés à une trop grande vulgarisation et à une pratique peu judicieuse du massage. Le massage peut être l'origine d'hématomes tubaires, encore plus volumineux que la pièce actuelle.

VEIT. **Grossesse tubaire.** — Cette pièce est surtout intéressante si

on la compare à la précédente, car elle présente également, dans son intérieur, un caillot sanguin. En outre, elle provient d'une femme, chez laquelle 16 mois auparavant, il avait eu à faire la même opération pour une grossesse extra-utérine, siégeant du côté opposé. Sur 12 cas de grossesse extra-utérine, il a relevé 3 fois cette récidive. Le diagnostic de grossesse extra-utérine a été basé sur les symptômes suivants : suppression des règles, douleurs vives, hémorrhagies modérées sans expulsion d'aucune sorte de débris vulvaires. Constatation d'une tumeur de la trompe, résistante, et qui, manifestement, était le point de départ des paroxysmes douloureux.

KELLER. **Du diagnostic de la grossesse tubaire.** — Un nouvel examen de la pièce présentée par P. Ruge, sous l'étiquette d'hématome tubaire, a permis de constater, formellement, l'existence de villosités. Elles sont à la vérité en petit nombre, en comparaison d'éléments anatomiques d'aspect analogue, mais différents par leur structure, qui ne sont que des produits de coagulation. La rareté des villosités persistantes tient sans doute au fait qu'un grand nombre de villosités ont été détruites par un processus de nécrose, entraînant la perte de l'épithélium, la destruction des cellules, la dégénérescence granuleuse du stroma, et le dépôt, dans la substance intercellulaire, de filaments fibrineux. L'auteur dans 3 autres cas de grossesse extra-utérine, a eu l'occasion d'observer les phases intermédiaires de ce processus nécrotique.

Il termine par quelques détails concernant les cellules déciduales. Son travail, devant paraître *in extenso* dans le « *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* » sera analysé ultérieurement. R. L.

REVUE ANALYTIQUE

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Pathologie de la grossesse ectopique et hématocèle pelvienne. (Pathology of ectopic gestation, and pelvic hématocele), par W.-H. WATHEN, de Louisville. *Am. Journ. of obst.*, août 1889, p. 785.

L'auteur rejette tous les travaux publiés avant 1880 comme étant non scientifiques (*unscientific*).

Voici ses conclusions.

1° L'œuf n'est jamais fécondé dans l'utérus; la rencontre des deux éléments doit se faire avant ou peu après l'entrée de l'ovule dans la trompe.

2° La grossesse ectopique est presque toujours tubaire au début; sauf dans le cas de la grossesse ovarienne, qui est possible; la trompe éclate, avant la quatorzième semaine, dans les plis du ligament large, ou dans le péritoine.

3° La grossesse abdominale ne peut être que la conséquence d'une rupture primitive ou secondaire, et, si les connexions villeuses ou placentaires sont détruites, l'œuf meurt, car il ne peut pas se greffer secondairement sur d'autres tissus.

4° Si, lorsque la rupture a lieu dans le péritoine, l'œuf conserve des attaches (sans doute avec son premier *habitat*), il se peut, mais ce n'est pas probable, que la grossesse continue. Si l'amnios éclate dans les premiers mois, le germe meurt.

5° La grossesse interstitielle éclate *ordinairement*, mais pas toujours dans le péritoine.

6° Si nous appelons hématocèle pelvienne une tumeur sanguine enkystée, l'hématocèle inter-péritonéale ne peut pas exister.

Wathen cite les expériences de Robin, de Costes, de Heyle, de Sims et de Léopold, etc., sur la force et la vitesse des spermatozoaires.

L'hématocèle pelvienne enkystée ou limitée a toujours son siège hors du péritoine. Elle est caractérisée par une douleur soudaine, parfois accompagnée de choc, et d'élévation de la température.

Si l'on perçoit la fluctuation dans le vagin, le mieux est de faire une incision du fond du canal. Si la fluctuation est perçue au-dessus du pubis il faut faire la laparotomie et passer un drain. Si le sac se rompt dans le péritoine, il faut faire aussitôt la laparotomie.

A. Cordes.

Leçon clinique sur la grossesse extra-utérine. (Clinical lecture on extra-utérine gestation), par J. M. Duncan, *Lancet*, Lond., 1889, T. II, p. 53.

Après avoir, au début de cette leçon et sans y ajouter rien de bien nouveau, retracé l'histoire anatomique et clinique de la grossesse extra-utérine, l'auteur s'étend surtout sur la terminaison de cette affection et les moyens d'y porter remède.

Il croit d'abord pouvoir affirmer qu'elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense et que, dans bien des cas où le fœtus est

mort dans les premières semaines, elle est méconnue, et confondue la plupart du temps avec une hématocèle ordinaire. La mort du fœtus met en effet un terme à l'accroissement de la tumeur, et l'auteur, sans l'affirmer cependant, semble croire qu'un œuf mort peut, en dehors des cas de suppuration, putréfaction ou macération, se résorber complètement, même lorsqu'il a dépassé l'âge du début de l'ossification. En tous cas, la tumeur cesse de s'accroître, et la santé finit souvent par se rétablir intégralement. Le but du chirurgien doit donc être d'amener la mort du fœtus, et cela le plus tôt possible, lorsqu'on est en présence d'un diagnostic ferme. On évite ainsi les accidents dus à son développement et aussi les hémorrhagies internes, parfois immédiatement mortelles, toujours très graves. Plusieurs méthodes sont en présence pour tuer le fœtus, les unes incertaines, sans être innocentes, ponction du sac amniotique et injection de morphine dans son intérieur, courants électriques, etc., l'autre plus hardie, mais plus sûre, la laparotomie.

Le plus grand danger de cette dernière, si elle est faite, bien entendu, dans des conditions d'antisepsie convenables, consiste dans l'hémorrhagie placentaire qui peut être formidable, si le fœtus est volumineux. Le mieux est, dans ce cas, d'extraire simplement le fœtus, et, après ligature aseptique du cordon, d'abandonner le placenta, qui, désormais sans but, s'atrophiera et se résorbera peu à peu. Si le fœtus est déjà mort, le danger d'hémorrhagie est singulièrement diminué.

Dans les cas d'hémorrhagie interne suivie de collapsus, la laparotomie a été rarement tentée. Il faudrait cependant y avoir recours, car c'est encore elle qui donne les plus grandes chances de salut.

Ce qui manque à la laparotomie, ce sont des indications plus précises. Elle a déjà beaucoup donné, dans l'avenir elle donnera plus encore.

J.-L. Faure.

Grossesse extra-utérine suivie de rupture. Guérison. (A case of extra-utérine gestation followed by rupture ; Recovery), par T. N. Thomas. *Lancet*, Lond., 1889, vol. II, p. 368.

Il n'y a pas eu, dans ce cas, d'intervention opératoire, et la malade a guéri spontanément. Deux mois après le début de sa troisième grossesse, elle fut prise de douleurs vives et répétées

dans le bas-ventre. Quelques jours plus tard, survint une douleur extrêmement violente, avec pâleur excessive, pouls misérable, refroidissement des extrémités. On pensa la voir mourir. Le lendemain, on put sentir au-dessus du pubis, une tumeur remplissant la fosse iliaque droite. Deux jours après la malade rendit une caduque très épaisse, véritable moule de la cavité utérine. De légères pertes apparurent, qui s'arrêtèrent complètement quinze jours après et la guérison ne se fit pas attendre.

J.-L. FAURE.

Grossesse tubaire ; expulsion spontanée du fœtus par la voie vaginale. (A case of tubal pregnancy terminating spontaneously per vaginam), par P.-C. WILLIAMS, *Medical News*, Philad., 27 juillet 1889, p. 96.

Le diagnostic de grossesse tubaire avait été fait par l'exploration directe de la cavité utérine et par le toucher vaginal aidé de la palpation abdominale qui avait permis de sentir le ballottement fœtal. Un matin, à la suite de vives douleurs, l'auteur explora la malade, et à son grand étonnement, trouva le fœtus dans l'utérus : le travail dura trois heures et amena l'expulsion d'un enfant de 4 mois, qui mourut quelques minutes plus tard. Le placenta fut aisément extrait par une légère traction sur le cordon et la malade guérit.

P. NOGUÈS.

Grossesse extra-utérine ; expulsion du fœtus par le rectum. (Extra-uterine pregnancy ; rectal delivery), par J. H. TUTTLE. *Med. Standard*, Chicago, juillet 1889, p. 8.

Femme de 45 ans, atteinte depuis plusieurs années de troubles digestifs et qui n'avait jamais voulu se laisser examiner complètement. Certain jour un effort de défécation amena l'issue d'un fœtus macéré à travers une déchirure des tuniques rectales. On essaya d'enlever le placenta par cette déchirure, mais l'hémorrhagie fut si considérable que la malade succomba.

P. NOGUÈS.

Grossesse extra-utérine. (Extra-uterine puerperality, par F. THOMPSON (de Washington). *Am. J. of obst.*, 4 août 1889, p. 810.

Malade âgée de 22 ans, jamais enceinte. Malaises ordinaires de la grossesse au bout de 2 mois, douleur vive et subite dans le ventre, revenant au bout de 3 semaines. Perte irrégulière de lam-

beaux membraneux. Au bout d'un an, la malade rend des os dans son urine, sa tumeur diminue et elle se remet. Thompson discute le diagnostic et l'intervention essentielle; il se prononce en faveur de la laparotomie hâtive.

A. CORDES.

Un cas de grossesse tubaire. (A case of tubal pregnancy), FERGUSON, *New-York med. J.*, 23 novembre 1889, p. 572.

Grossesse extra-utérine observée chez une femme âgée de 32 ans, primipare. Le kyste, primitivement tubaire, se rompit, et l'œuf passa entre les feuillets du ligament large. En raison des douleurs continuelles, traversée de crises paroxystiques, sans qu'il fût toutefois survenu des signes de *shock* ou de collapsus, la laparotomie fut pratiquée. Il y avait dans le ventre une quantité considérable de caillots et de sang liquide, qui provenaient d'une rupture survenue dans la paroi du kyste inter-ligamentaire. 16 heures après l'opération, la femme était emportée par des accidents urémiques. Le cathétérisme pratiqué deux fois, n'avait amené qu'une cuillerée environ d'une urine sanglante. A l'*autopsie*, les deux reins présentèrent les altérations de la néphrite aiguë. Du côté du champ opératoire, rien d'anormal.

R. L.

De la pathogénie des ruptures de la trompe dans la grossesse extra-utérine. (Zur Patogenese der Tubenruptur bei Graviditas extrauterina). EBERTH et KALTENBACH. *Zeit. f. Geb. u. Gynäk.*, 1889. Bd. XVI. Hft., p. 368.

Chez une femme en état de grossesse, mais grossesse extra-utérine, la laparotomie fut pratiquée d'urgence, à cause de phénomènes graves (douleurs abdominales violentes, vertiges, perte de connaissance), consécutifs à une hémorrhagie interne, conséquence elle-même d'une rupture de la trompe. Opération relativement facile. 36 heures après, la femme mourait, après avoir présenté 2 accès de collapsus, des suites d'une hémorrhagie secondaire. Or, à l'autopsie, on constata que le pédicule était parfaitement solide, qu'aucune ligature n'avait fait défaut. Que d'autre part, il existait du même côté que la trompe affectée, des cordons pseudo-membraneux, *vasculaires*, fixés par l'une de leurs extrémités, soit à l'utérus, soit au péritoine avoisinant l'espace de Douglas, et libres à l'autre extrémité. De plus, on remarquait à la surface de la trompe des produits pseudo-membraneux déchirés, qui paraissaient avoir

été primitivement en continuité avec les autres. D'où cette double conclusion : a) ces cordons pseudo-membraneux, étant vasculaires, peuvent en se déchirant, et il semble que dans le cas actuel ce soit bien là la cause de la mort, être le point de départ d'une hémorrhagie; b) ils peuvent par les tiraillements qu'ils exercent sur la paroi tubaire, quand celle-ci leur donne insertion, faciliter sa rupture.

En résumé, aux causes habituellement incriminées pour expliquer la rupture de la trompe dans la grossesse extra-utérine (sur distension de la trompe par l'œuf en voie continue de croissance, contractions de la paroi tubaire, minceur et fragilité anormale de cette paroi), Eberth et Kaltenbach ajoutent *la rupture due aux tiraillements exercés par les cordons pseudo-membraneux auxquels les trompes donnent accidentellement insertion.*

R. L.

Le diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine. (The early diagnosis of extrauterine pregnancy), par J. C. Reeve, *Americ. J. of the med. Sc.*, Philad., juillet 1889, T. XCVIII, p. 1.

Reeve croit qu'il est souvent possible de porter de très bonne heure dès la 7e ou la 8e semaine, le diagnostic de la grossesse extra-utérine. Celle-ci s'accompagne d'un certain nombre de symptômes qu'on peut diviser en :

1° S. *suggestifs* : S. généraux et réflexes de grossesse, en particulier quand ils surviennent après une longue période de stérilité. Désordres menstruels, métrorrhagies coïncidant avec des symptômes de grossesse, douleur pelvienne intense, crises douloureuses avec sensibilité de l'une ou de l'autre fosse iliaque et symptômes d'inflammation pelvienne.

2° S. *présomptifs :* Existence d'une tumeur ayant tous les caractères d'une poche kystique tendue ; accroissement constant et régulier de la tumeur. Col utérin entr'ouvert, utérus repoussé et vide.

3° S. *de certitude* : Paroxysmes de douleur violente et accablante, avec symptômes généraux de collapsus. Expulsion de membranes.

H. H.

Le diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine. (The early diagnosis of extrauterine pregnancy), par J. M. Baldy. *Med. Rec.* N. Y., 21 septembre 1889, t. XXXVI, p. 309.

Baldy s'élève contre les conclusions du mémoire de Reeve. Pour

lui, le diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine, facile dans quelques cas, est le plus souvent impossible.

Les douleurs pelviennes paroxystiques avec symptômes généraux de collapsus que Reeve regarde comme un signe certain de grossesse extra-utérine, ne surviennent que lors de rupture de la poche ; l'existence de ces ruptures souvent méconnues, en particulier lorsqu'on a recours au traitement électrique, est prouvée par la présence de caillots sanguins à l'intérieur de la poche lorsqu'on a recours à la laparotomie.

H. H.

Grossesse dans la corne rudimentaire d'un utérus bicorne, prise pour une grossesse tubaire. Laparotomie. Guérison. (Pregnancy in the rudimentary horn of a bicornate uterus, mistaken for tubal gestation ; laparotomy; recovery), par P. F. MUNDÉ. *Am. J. of obst.*, 1890, janvier, p. 23.

La malade enceinte de 4 mois, lorsqu'elle entra à l'hôpital du Mont-Sinaï, avait perdu du sang par intervalle et expulsé des fragments de membranes, elle souffrait dans l'abdomen depuis un mois. Les accidents faisaient craindre une rupture.

Ayant ouvert l'abdomen, Mundé se décida à faire l'aspiration du liquide amniotique. Mort pendant la nuit. La malade avait porté un fœtus dans la partie gauche de l'utérus quelques années auparavant; c'est le côté droit qui était gravide, lorsque Mundé la vit.

A. CORDES.

De l'Ectopotomie (Ektopotomie). H. STRATZ. *Cent. f. gyn.*, 1889, n° 48, p. 827.

Pour toutes les laparotomies pratiquées pour grossesse ectopiques, Stratz propose le nom d'ectopotomie. Il base l'intervention sur les 2 considérations suivantes. Le principal danger attaché aux grossesses extra-utérines, est dans : 1) *la possibilité d'une infection par la trompe:* 2) *la possibilité d'une hémorrhagie.* On peut y parer, par la ligature de la trompe et des vaisseaux afférents. Ces précautions prises, il devient moins nécessaire, à la faveur d'une antiseptie rigoureuse, d'extirper le kyste fœtal en totalité. D'autre part, en raison de la longueur du traitement consécutif, et des lenteurs de la guérison, dans le cas de traitement extra-péritonéal du pédicule, il a adopté la méthode intra-péritonéale. Enfin, instruit par l'expérience, que, même après la mort du fœtus, celle-ci serait-elle survenue de bonne heure, bon nom-

bre de ces kystes fœtaux entraînent des complications sérieuses, il intervient dans ces cas chirurgicalement.

Suivent les observations, résumées, de 3 cas de grossesse extra-utérine, que l'auteur a traités d'après ces principes, 2 *guérisons* 1 *mort*. Dans ce dernier cas, la mort fut causée par une péritonite générale, provoquée par la rupture d'un abcès ancien, situé dans le *parametrium* gauche, et resté inaperçu au cours de l'opération.

R. L.

Du traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine. (Zur operativen Behandlung der Extrauterin-Schwangerschaft), SPAETH. *Zeit. f. Geb. u. gyn.*, 1889. Bd. XVI, Hft. 2, p. 269.

L'auteur relate, d'abord, 4 cas de grossesse extra-utérine, traités par la laparotomie, avec 3 guérisons et 1 mort. Dans les 3 premiers faits, il s'agissait de grossesses, correspondant aux premiers mois, dans le 4e au contraire d'une grossesse presque à terme, du 8e au 9e mois. L'état de la malade, au moment de l'intervention, était tel qu'on fit le diagnostic : grossesse extra-utérine compliquée de septicémie. L'enveloppe séreuse qui s'était formée autour du fœtus, après la rupture de la trompe, contenait un liquide fétide. L'enfant, extrait en état d'asphyxie profonde mais ranimé, mourut 24 heures après.

A l'occasion de ces faits, l'auteur étudie le *diagnostic* et le *traitement* de la grossesse extra-utérine.

a) *Diagnostic*. Quand il y a grossesse extra-utérine, surtout si elle est tubaire, les symptômes généraux tels que : malaises, anorexie, vomissements, douleurs abdominales, sont en général plus précoces et plus accusés. A ces symptômes s'ajoutent la tuméfaction et la sensibilité des seins, survenant après une suppression menstruelle. Après une période de temps variable, hémorrhagies atypiques, plutôt prolongées que profuses, et s'arrêtant, en général, par le repos au lit ; ces accidents s'exagèrent, s'il y a expulsion d'une caduque, et s'effacent ensuite complètement. Présence dans l'abdomen d'une tumeur, indépendante de l'utérus. Utérus toujours augmenté de volume, habituellement refoulé en avant et vers le côté opposé à la tumeur. Mais, il faut savoir que *la constatation des éléments déciduaux dans des portions de muqueuse obtenus par raclage, ne prouve pas nécessairement qu'il y a grossesse extra-utérine*, ainsi que du reste Runge l'a déjà signalé (1). Suit une ob-

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1881, 12.

servation probante à ce sujet. La constatation de ces éléments déciduaux avait fait précisément orienter le diagnostic, resté jusqu'alors douteux, vers celui d'une grossesse extra-utérine. Or il s'agissait en réalité d'un ovaire suppuré. Il est clair que l'apparition des signes de certitude de grossesse, facilite singulièrement le diagnostic.

b) *Traitement.* Il diffère suivant qu'on se trouve en présence de l'une ou l'autre des 3 éventualités suivantes : A) grossesse extra-utérine, enfant encore vivant; B) grossesse extra-utérine, enfant mort; C) grossesse extra-utérine compliquée de rupture du sac.

A) Toutes les fois que la grossesse extra-utérine est reconnue durant la première moitié de la gestation, il faut intervenir au plus tôt et chirurgicalement. Plus tard, l'expectation est préférable.

B) *Le fœtus étant mort;* certaines circonstances (possibilité de résorption complète), militent en faveur de l'expectation. Néanmoins, comme cette résorption n'est pas certaine, que de plus, ces kystes fœtaux, calcifiés, envahis par un processus de stéatose, etc., sont parfois, même après bon nombre d'années, le point de départ d'accidents sérieux, il est permis de se demander si l'on ne doit pas se départir de cette règle de l'expectation, surtout quand il s'agit de femmes tourmentées par de violentes douleurs, ou auxquelles leur condition sociale ne permet pas un repos prolongé.

c) *Le kyste fœtal étant rompu, et la rupture diagnostiquée*, il est incontestable que la laparotomie, faite immédiatement, permet de parer le plus sûrement à toutes les éventualités ; cette notion doit à l'avenir être la base de l'intervention. R. L.

Un cas de grossesse tubaire, par Czempin. *Cent. f. gyn.*, n° 47, 1889, p. 829.

X..., 36 ans, mariée depuis 12 ans, restée stérile jusqu'alors. Depuis 3 mois, aménorrhée, douleurs violentes dans le côté gauche du ventre. A l'examen, on constata, à gauche de l'utérus, une tumeur de la grosseur du poing. Après l'examen lipothymies, hémorrhagies, et, 8 jours plus tard, expulsion d'une caduque. Pas de modifications appréciables du côté de la tumeur. *Diagnostic* : grossesse extra-utérine, enfant vivant. *Laparotomie* : Au cours des manœuvres, le kyste se rompit en donnant lieu à une hémorrhagie abondante. Ligature immédiate du sac pédiculé. *Guérison parfaite.* Les dimensions du fœtus indiquaient une grossesse à 3 mois. R. L.

Deux cas de grossesse extra-utérine. (Cases of extra-uterine gestation), par le Dr Herman. *Lancet*, Lond., 1889, t. II, p. 69.

Dans le premier cas, femme de 39 ans, plusieurs accès de douleurs abdominales coïncidant avec l'augmentation d'une tumeur rétro-utérine firent penser à une hématocèle.

La laparotomie montra de gros caillots stratifiés de dates différentes, on trouva aussi quelques lambeaux de membranes fœtales; la trompe gauche rompue fut enlevée, elle ne contenait aucun fœtus. Guérison sans incidents.

Le second cas est plus intéressant, femme de 30 ans, ayant présenté des accidents répétés à peu près semblables à ceux de la malade précédente. A son entrée elle portait une tumeur pelvienne située en arrière et à gauche de l'utérus, et qu'on sentait à la fois par le toucher vaginal et la palpation de l'abdomen.

La laparotomie montra que la tumeur siégeait sous le péritoine pelvien. La ponction donna du sang. Mais avec le doigt on retira un fœtus de 15 centim. Les parois du sac ayant été fixées à l'abdomen, on ne fit aucune tentative pour enlever le placenta et on bourra la poche de gaze iodoformée. Douze jours après on enleva en partie le placenta. Mais une hémorrhagie abondante nécessita un nouveau tamponnement. Les derniers vestiges du placenta ne purent être enlevés que le 24e jour, et toujours avec une hémorrhagie assez forte. Au bout de 1 mois 1/2 la guérison était complète.

L'auteur insiste surtout sur cette adhérence du placenta et l'hémorrhagie que provoque son extraction 12 jours après celle du fœtus. J.-L. Faure.

Quatre cas de grossesse extra-utérine. (Four case of extra-uterine pregnancy), par le Dr G. M. Tuttle (de New-York). *Amer. J. of obst.*, janvier 1890, p. 13.

Cas 1. — E. K., 20 ans, réglée à 14 ans, mariée à 15 ans; fausse couche de 8 mois après. Leucorrhée. Règles en septembre 1887. Dès le 1er novembre, douleurs abdominales lancinantes, durant une heure ou deux.

Le 15. Perte sanguine, continue, peu après l'entrée à l'hôpital le 25. Constipation, la malade sent un obstacle au cours des matières. Miction difficile, un peu d'albumine. Utérus fortement antéfléchi, fond gros et mou, col large et ramolli. A gauche, on sent une tumeur, température 37°,22.

Le 4 janvier 1888, la tumeur semble avoir augmenté. On applique tous les jours pendant dix jours un courant faradique à travers

la tumeur en mars (l'auteur ne dit pas s'il fit une ponction), qui ne paraît pas faire diminuer son volume. T. 37°,22 à 38°,33. E. K. quitte l'hôpital.

Tuttle la prend en traitement, et l'examine dans la narcose chloroformique. Utérus gros, antéfléchi, repoussé à droite par une tumeur qui remplit le côté gauche du bassin et remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du pubis.

Diagnostic : Grossesse tubaire, rupture du sac, hématocèle intra-péritonéale.

Opération. — Adhérences de tout le côlon ; Tuttle enlève la tumeur par morceaux ; il fait, en la détachant, une écorchure à l'intestin et la suture aussitôt. Il lie le ligament large en masse et laisse les annexes droites après les avoir libérées de leurs adhérences. Lavage à l'eau chaude, tube de Keith laissé 24 heures. Réunion par première intention ; l'opérée, guérie, quitte le 15 avril.

L'examen de la tumeur a confirmé le diagnostic. L'opérée est réglée normalement. L'application de l'électricité ne paraît pas avoir eu d'effet utile.

Cas II. — N. J., 27 ans. Un avortement, dix mois plus tard accouchement à terme, nouvelle fausse couche 2 ans et 3 mois après. Leucorrhée habituelle.

Règles le 25 mars 1888. Le 10 mai, perte sanguine soudaine et douleur iliaque bilatérale. Le 24 mai douleur subite, expulsion d'un morceau de chair blanche et de caillots sanguins. Nausées et vomissements fréquents.

Entre, le 30 juin. T. 37°,5, un peu d'albumine dans l'urine.

Opération le 18 juillet. Le reste de l'observation est fort semblable à celle du n° 1. On trouva des villosités choriales, mais pas d'embryon. Le siège de la grossesse était à droite ; l'opérée guérit.

Cas III. — L'opération a été faite avant la rupture du sac.

Cas IV. — 3 enfants, pas d'avortement. Dysurie et dyschézie. T. 28°,89. Pouls, 120, au moment de son admission à l'hôpital Roosevelt.

Adhérences si solides que Tuttle fut obligé de laisser une partie des parois de la tumeur fixée au côlon. Caillots très nombreux.

A l'examen de la tumeur on trouva des membranes et des cotylédons, mais pas d'embryon.

L'ovaire et la trompe droite étaient sains.

L'opérée qui avait failli succomber sur la table d'opération, s'est bientôt remise ; elle s'est levée dès le commencement de la 3e semaine.

Réflexions. — Dans le cas I, l'électricité n'a pas réussi, elle a peut-être été employée après la mort de l'embryon.

Dans le cas II, l'opération a été nécessitée par les souffrances et l'affaiblissement de la malade, deux mois après la mort du produit.

Dans le cas III, la tumeur a été découverte, plusieurs mois avant l'opération. La malade a souffert de plusieurs poussées péritonitiques, dues peut-être à la suppuration des annexes du côté opposé (la gauche).

Le cas IV, a présenté des hémorrhagies profuses.

Tuttle se déclare en faveur de la laparotomie faite de bonne heure. A. CORDES.

Grossesse extra-utérine, abdominale, datant d'un an. Incision abdominale. Guérison. GOULLIOUD. *Lyon médical*, 1889, p. 449.

Dans cette observation, on retrouve l'histoire typique d'une grossesse extra-utérine : les symptômes bien nets d'une grossesse en dehors de l'utérus, puis l'arrêt du développement du fœtus, la fluxion laiteuse, enfin des phénomènes tendant à l'élimination du produit de la conception et se répétant plusieurs mois après le terme de la grossesse. Le dépérissement devint tel qu'il nécessita une intervention sans retard. M. Laroyenne, qui fit l'opération, conseille d'ouvrir simplement le kyste fœtal et de ne pas toucher aux adhérences et au placenta pour éviter les hémorrhagies.

MAUCLAIRE.

Grossesse tubaire traitée par les courants faradiques (Tubal pregnancy treated by faradic current), par Henry F. WALKER. *Med. Rec.*, N.-Y., 16 novembre 1889, t. II, p. 539.

Quatre applications de courants faradiques avec un électrode dans le rectum, un autre sur la paroi abdominale furent suivies, au bout d'un temps assez long, de la régression d'une tumeur que l'auteur regarde comme constituée par une grossesse extra-utérine. La lecture de l'observation n'entraîne nullement la conviction de l'exactitude du diagnostic; peut-être s'agissait-il d'une hémo-salpingite ?

Grossesse tubaire, mort du fœtus déterminée par des applications électriques, guérison (A case of tubal pregnancy successfully treated, by electrical fœticide), par GEORGE. M. EDEBOHLS. *Med. Rec.*, N.-Y., 7 décembre 1889, t. II, p. 628.

Dans ce cas, le diagnostic fut confirmé par Gaillard Thomas, et par Gillette. Six applications de courants électriques à quelques jours de distance. Un électrode était appliqué dans le vagin contre la tumeur, l'autre sur l'abdomen ; pendant les séances, de 10 minutes de durée on faisait passer un courant de 75 milliampères. Diminution progressive de la tumeur et disparition complète en six mois. Aucun accident pendant toute la durée du traitement.

H. H.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de gynécologie opératoire, par M. HOFMEIER, traduit par LAUWERS. Paris, Steinheil, 1889.

Traité de petite chirurgie gynécologique, par PAUL F. MUNDÉ, traduit sur la 2e édition anglaise par LAUWERS. Bruxelles, Manceaux, 1890.

Les deux ouvrages, l'un allemand, l'autre américain, dont M. Lauwers vient de nous donner la traduction, à quelques mois de distance, ne font pas double emploi. Un seul point les rapproche, tous deux sont des livres simples, de pratique pure, destinés à permettre au médecin non spécialiste de se renseigner sur les questions les plus importantes de la gynécologie.

Élève de Schrœder, Hofmeier expose ses opinions et ses doctrines; laissant de côté les méthodes opératoires et les instruments qui ne présentent qu'un intérêt historique, ne donnant que quelques indications bibliographiques d'une importance notoire, il ne décrit que les bonnes méthodes, mais il le fait avec détail, précisant les indications, le manuel opératoire, le traitement consécutif. Un grand nombre de figures facilitent l'intelligence du texte.

Après une série de généralités sur l'arsenal gynécologique, l'antisepsie, l'anesthésie, les sutures, etc., Hofmeier passe en revue les diverses opérations pratiquées sur les organes génitaux externes, le vagin, l'utérus, les trompes, les ovaires. Les opérations de grossesses extra-utérines, et celles exécutées pour des affections généralisées du péritoine ou pour des maladies de la vessie terminent l'ouvrage. Cette dernière partie est très incomplète et écourtée.

La petite chirurgie gynécologique de Mundé mérite très exactement son nom. L'auteur veut guider le commençant ; il lui montre comment il faut interroger les malades et comment il faut les examiner, à ce propos il donne de nombreuses indications sur les instruments à employer et sur la manière de s'en servir. Puis il passe en revue le cathétérisme, la dilatation de l'urèthre, les injections intra-vésicales, les applications médicamenteuses sur le vagin et sur le col, le tamponnement du vagin, l'application de topiques sur l'endométrium, la dilatation utérine, le curage, les

pessaires, etc.; dans une troisième et dernière partie il traite des interventions plus franchement chirurgicales, de l'opération de la déchirure du col et des diverses opérations à opposer aux déchirures du périnée, à la rectocèle, à la cystocèle, et au prolapsus utérin.

Les deux traductions de M. Lauwers sont claires, faciles à lire et rendront un service réel à ceux qui, tout en ne tenant pas à faire de la grande chirurgie, désirent cependant savoir comment ils doivent aujourd'hui traiter les femmes qui se confient à leurs soins, de manière à obtenir des résultats plus rapides que par l'emploi des méthodes anciennes qui tiennent encore une place beaucoup trop large dans la plupart de nos livres classiques.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Du tamponnement utérin en gynécologie appliqué à la dilatation et à la thérapeutique, par A. Bétrix, Paris, Lecrosnier, et Genève, Stapelmokh, 1889. — **De l'extraction par les voies naturelles des fibro-myômes utérins intra-pariétaux avec l'aide du tamponnement dilatateur selon la méthode du professeur Vulliet**, par Emile Juillard, thèse de Genève, 1889. — **Du prolapsus utérin (définition, division, caractères généraux, diagnostic, traitement mécanique, traitement chirurgical)**, par Paul Dumoret, Paris 1889. — **Vingt cas d'affec tions gynécologiques traitées par le massage**, par Vulliet. Genève, 1889. — **Sur le traitement électrique des fibromes utérin**, par les Drs L.-Championnière et Danian. — **L'immunité par les Leucomaïnes**, par Eusèbe Guell y Bacigalupi, 2e éd. 1889. Paris, O. Berthier. — **Die Lacerationen der cervix uteri, ihre Aetiologie, Pathologie und Thérapie**, par Arthur Littauer. Wien (Extrait de *Allgemeinen Wiener medizinischen Zeitung*, 1889). — **A successful case of laparotomy and supra-vaginal amputation of the uterus for rupture**, by Henri C. Coe, New-York, 1889 (reprinted from the *Medical Record*). — **A digest of twenty years' experience in the treatment of uterine cancer**, par John Byrne. Philadelphia (Extrait des *Transactions of the American gynecological Society*).

Le gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

FIBROME UTÉRIN ET GROSSESSE

MYOMECTOMIE, GUÉRISON, LA GROSSESSE CONTINUE

Par **A. Routier**, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Madame P., âgée de 37 ans, se présentait le 5 novembre 1889 à l'hôpital Laënnec se plaignant d'éprouver de vives douleurs dans le ventre depuis une quinzaine de jours environ.

Ces douleurs survenues tout d'un coup ne faisaient qu'augmenter et rendaient la station debout intolérable.

Son ventre, disait-elle, avait brusquement grossi le jour de l'apparition des douleurs.

Il nous fut facile de constater que l'abdomen était très irrégulièrement soulevé du pubis à l'épigastre par une grosse tumeur dure, bosselée, irrégulière, mate à la percussion, donnant toute les sensations d'un fibrome.

Les deux flancs étaient sonores : cependant, à droite, couchée le long de l'arcade crurale et la débordant à peine, existait une masse molle pseudo-fluctuante, du volume du poing environ, séparée nettement par un sillon de la grosse tumeur fibreuse.

Celle-ci était légèrement mobile dans le sens transversal, mais il était impossible de la faire monter ou descendre, comme si ses deux extrémités avaient porté sur le pubis d'une part, dans la concavité du diaphragme de l'autre.

Cette femme toujours bien portante, n'avait eu qu'une maladie dans sa vie, une métrorrhagie assez abondante avec caillots, survenue il y a 10 ans environ, et qui d'après le récit de la malade nous fit l'effet de ressembler à une fausse couche.

Depuis, ses règles étaient bien revenues périodiquement, et sans trop d'abondance; en ce moment, elle étaient suspendues depuis 3 mois, la malade pensait qu'elle pouvait bien être enceinte.

Elle savait en outre qu'elle avait depuis 6 ans dans la fosse iliaque gauche, une grosseur du volume d'un œuf, très mobile et qu'elle déplaçait très facilement sans douleur; elle ne s'expliquait pas autrement ce changement brusque du volume de son ventre.

Le toucher vaginal me permit de constater que le col, de consistance normale, un peu fendu transversalement, était légèrement mobile ; le gros fibrome vertical n'était pas influencé par les manœuvres de mobilisation du col, mais il me parut que cette tuméfaction molle couchée dans la fosse iliaque droite était en continuité absolue avec ce col et pourrait bien être un utérus gravide, aplati par le fibrome.

Il nous fut impossible de percevoir au niveau de ce qui nous semblait être l'utérus soit des mouvements actifs soit des mouvements passifs, soit les bruits du cœur d'un fœtus, ce qui vu l'âge présumé de la grossesse n'était pas surprenant.

Malgré cela, je restai convaincu que cette femme était enceinte, et que cette grossesse était fortement gênée dans son évolution par le volume du fibrome; un point restait obscur, c'étaient les rapports exacts de la tumeur avec l'appareil utéro-ovarien.

Vu la situation de l'utérus je pensai que ce pouvait être un fibrome de l'ovaire ou du ligament large gauche; mon interne M. Reblaub croyait plutôt à un fibrome du fond de l'utérus, la suite nous montra qu'il avait raison.

Quoi qu'il en soit, cette femme souffrait, son utérus était

gêné dans son développement, nous étions très certainement à la veille d'accidents, dont le moindre pouvait être un avortement avec, comme il est à peu près de règle en pareil cas, une hémorrhagie formidable à redouter.

C'est ce qui me détermina à agir.

Le 9 novembre je pratiquai avec l'aide de mon interne la laparotomie ; il s'agissait en effet d'un gros fibrome bosselé, réniforme, inséré par son hile sur le fond de l'utérus et reposant par ses deux extrémités d'une part sur le pubis et d'autre part sur le diaphragme. L'utérus était bien en état de gravidité.

Le pédicule de ce fibrome était plus gros que le poing ; je le traversai par 2 broches en croix, en faisant bien attention de ne pas perforer l'utérus, puis je l'enserrai d'un fil élastique, et coupai la tumeur au-dessus de ce pédicule artificiel. Une fois le champ opératoire débarrassé de cette masse qui pesait 2415 gr. et mesurait 27 cent. de long sur 15, 16 et 17 de large, j'énucléai les dernières parties du fibrome, resserrai le caoutchouc, enlevai les broches, et grâce à un surjet fait avec de la soie assez forte, je fermai les restes de la capsule qui l'entourait, le tout sans avoir ouvert l'utérus.

Je vous fais grâce des difficultés que j'éprouvai à bien placer ce surjet, à bien faire l'hémostase, chaque piqûre d'aiguille étant une nouvelle source d'hémorrhagie.

Cependant cette suture me parut assez bonne et assez sûre pour pouvoir être abandonnée : je replaçai l'utérus sur la ligne médiane, et l'abandonnant dans la cavité péritonéale, je suturai la paroi par 29 points de crins de Florence ; j'avais dû faire une incision jusqu'à 3 travers de doigt de l'appendice xiphoïde en partant à 3 travers de doigt du pubis.

Le tout avait duré 45 minutes.

Les suites ont été des plus simples : le premier jour, il y eut sans douleurs quelque pertes rosées par le vagin, qui furent arrêtées par des injections chaudes de naphthol.

La température n'a jamais dépassé 37°, 6 et le pouls est resté à 90. L'utérus prit de suite un assez gros développement,

actuellement la malade est complètement guérie, et on entend les bruits du cœur du fœtus.

Cette observation me paraît intéressante, à cause de la rareté d'une semblable intervention, enlèvement de la tumeur, conservation de l'utérus et continuation de la grossesse.

Tous les auteurs qui se sont occupés des fibromes utérins et de leurs rapports avec la grossesse, signalent diverses particularités : la fécondation, disent-ils, est rendue plus difficile par la présence d'un ou de plusieurs fibromes dans l'utérus, mais quand elle a lieu, on peut observer des modifications importantes soit du côté du fibrome soit du côté de l'utérus gravide.

Il semble que la situation de la tumeur par rapport à l'utérus, que sa constitution anatomique influent plus ou moins sur ses variations, c'est ainsi que quelquefois, un fibrome assez volumineux s'accroît pendant la grossesse, puis se ramollit, se laisse aplatir, si bien que le fœtus se développe, arrive à terme et que l'accouchement se fait sans accidents.

Mais, malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi ; les fibromes siégeant sur le segment inférieur de l'utérus peuvent s'enclaver dans le petit bassin et rétrécir tellement le passage que l'accouchement ne se fera qu'au prix d'une opération obstétricale assez grave dans laquelle il faudra presque toujours sacrifier l'enfant.

D'autres fois, et c'est peut-être le cas le plus fréquent, l'utérus gêné dans son évolution ne peut se développer suffisamment, et un avortement a lieu ; dans ces cas presque toujours on observe de fortes hémorrhagies, et si le placenta est inséré dans la région du fibrome, cette hémorrhahie est presque toujours mortelle.

Ce n'est donc pas impunément qu'une femme atteinte de fibrome devient enceinte.

Dans le cas qui nous est propre, il est plus que probable qu'il y aurait eu un avortement, l'utérus étant aplati dans la fosse iliaque droite, le fibrome remplissait l'abdomen, y

était fixé, empêchant d'autre part le développement de l'utérus par son mode d'insertion ; les douleurs étaient très vives, il fallait donc agir.

Nous n'avons trouvé pour nous guider dans cette intervention que fort peu d'indications dans les auteurs : Charpentier dans son Traité des accouchements étudie bien comme Gusserow (*in* Deutsch chirurg.) les rapports du fibrome avec la grossesse, mais ces deux auteurs sont brefs quand il s'agit du traitement.

Hégar et Kaltenbach après avoir montré les dangers inhérents à cette lésion conseillent, quand il y a lieu d'intervenir : l'extirpation des fibromes pédiculés, et l'hystérectomie, c'est-à-dire l'opération de Porro quand le fibrome est sessile ou interstitiel.

Frommel, au contraire, même dans les cas de fibromes interstitiels, préfère l'énucléation, pourvu, dit-il, qu'on puisse la faire sans ouvrir la cavité utérine, c'est-à-dire sans toucher à la muqueuse. Mais il est toujours difficile sinon impossible de savoir d'avance jusqu'où va le néoplasme.

J'ai relevé les cas de fibromes compliquant la grossesse dans lesquels on est intervenu comme je l'ai fait, en enlevant le fibrome et en laissant l'utérus en place ; j'arrive à un total de 15 cas y compris le mien, les voici sous forme de tableau (1).

Sur ces 15 cas : 5 morts, 10 guérisons.

Sur les 10 guérisons, 3 avortements et 7 grossesses normales continuent. C'est là évidemment une opération grave, mais pour en apprécier toute la valeur il faudrait pouvoir rapprocher ces chiffres de ceux fournis par les accidents imputables aux fibromes ; tout le monde reconnaît qu'ils sont fréquents, mais on n'en publie pas les observations, cette comparaison est donc impossible à faire.

Il faut donc pour cette opération, comme du reste pour toutes les interventions chirurgicales bien étudier les cas particuliers ; ceux qui ne donneront pas d'accidents, il est bien entendu qu'il n'y faudra pas toucher.

---

(1) Voir ci-contre, page 166.

FIBROMES ET GROSSESSES

MYOMECTOMIES AVEC CONSERVATION DE L'UTÉRUS GRAVIDE

N°s d'ordre	Nom des Auteurs	Date de l'opération et indication bibliographique	DATE DE LA GROSSESSE	CARACTÈRES ANATOMIQUES DE LA TUMEUR	RÉSULTATS
1	Péan	15 décembre 1874. *In* Clinique chirurgicale, 1876, p. 679.	5 mois	Tumeurs fibro-plastiques énormes, grossesse méconnue.	Avorte le lendemain de l'opération, guérison.
2	Thornton	4 juin 1879. Obstetrical Society.	7 mois	Tumeur pédiculée.	Morte le 7e jour
3	Schrœder	16 novembre 1879. Zeitschr. f. Geburth. u. Gynäc.	16 semaines	Plusieurs myômes pédiculés.	Guéris., accouchem. à terme
4	Hégar	Janvier 1880. Gynécol. opératoire.	3 mois	Fibrome ramolli pédiculé, péritonite.	Morte le 3e jour
5	Studsgaard	19 décembre 1882. Hospital Tidende, 1883, n° 14.	3 mois ½	Tumeur pédiculée.	Guérison, grossesse normale
6	Martin	Berlin. Klin. Wochensch. 1885, n° 3.	6 mois	Myomotomie avec excision cunéiforme du fond de l'utérus.	Morte au 7e jour par hémorrhagie après avortement.
7	Landau	Berlin. Klin. Woche. 1885, n° 13.	3 mois	2 fibromes très bien pédiculés, à droite comme tête de fœtus, à gauche comme œuf de poule.	Guérison, accouchement à terme.
8	Barnes	1885. *In* thèse Vautier.	3 mois	Myômes pédiculés.	Mort.
9	Martin	Berlin. Klin. Wochensch. 1886, n° 29, et *in* Maladies de l'utérus, 2e édition.	3 mois	Grosse tumeur implantée par pédicule gros comme la main, troubles respiratoires.	Morte au 5e jour par hémorrhagie après avortement le 4e j.
10	Martin	*Ibid.*	4 mois	Grosse tumeur sur face antérieure et petite tumeur.	Avorte le lendemain, guérison.
11	Martin	*Ibid.*	3 mois ½	Tumeur implantée sur fond de l'utérus, pédicule large comme la main.	Guérison, accouchement à terme.
12	Frommel	Münch. med. Wochensch., 1882, n° 52.	5 mois	Fibrome mou gros comme tête de fœtus, péritonite.	Guérison, grossesse normale
13	Gordon	Boston med. J. 17 octobre 1889.	3 mois	Fibrome sénile, ablation.	Grossesse continue, guérison.
14	Routier	Société chirurgie. Novembre 1889.	3 mois ½	Gros fibrome de 2,415 grammes sur fond de l'utérus, pédicule large comme la main.	Guérison, grossesse normale continue.
15	Homan	Boston Society for medical improvement. Bulletin médical, 1889, 30 décembre.	3 mois	D'abord ponction et folie, fibrome de 15 livres.	Avortement 10 jours après. Guérison.

Mais dès que des symptômes de compression, des douleurs se manifestent, la question d'intervention se pose.

Il est impossible de dire à l'avance ce qu'on fera, la myômectomie est bien préférable pour une foule de raisons qu'il est inutile de développer ici, mais il faut pour se hasarder à la faire être sûr qu'on n'ouvrira pas l'utérus. Dans tous les cas où l'énucléation des fibromes conduit à l'ouverture de la cavité utérine, il faudra se décider à pratiquer l'hystérectomie.

L'OPÉRATION CÉSARIENNE MODERNE

MANUEL OPÉRATOIRE (1)

Par le Dr **J. Potocki**, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité.

(Suite et fin.)

Manuel opératoire.

5° Suture de l'utérus. — L'utérus est vide ; entraîné par le fœtus qu'on a extrait, il est actuellement hors du ventre ; la cavité abdominale est fermée derrière lui par le rapprochement des lèvres de la plaie abdominale que l'assistant maintient solidement appliquées l'une contre l'autre ; l'utérus libre montre la brèche qui lui a été faite et qui demande à être suturée. On entoure l'utérus de compresses chaudes pour éviter le refroidissement et pour s'opposer à l'accès des germes ; on procède comme nous savons le faire à l'hémostase de l'utérus ; on passe le doigt à travers le col, en passant par la cavité utérine pour se rendre compte de sa perméabilité ; la plaie est alors exsangue et prête pour la suture.

La plaie césarienne mesure, quand elle est revenue sur elle-même, environ 8 à 10 cent. de longueur ; elle est beaucoup plus petite, cela va de soi, que l'incision faite alors que l'utérus était encore distendu par l'œuf.

Elle est régulière, ses bords ont une épaisseur considérable : celle de l'utérus après l'accouchement, et atteignent

---

(1) Voir les *Annales de Gynécologie*, décembre 1889 et février 1890.

par conséquent 2 cent. environ, un peu plus, un peu moins. La plaie se laisse bien fermer quand on en rapproche les bords avec la main, il n'est donc pas utile de lui faire subir de préparation particulière avant de procéder à la suture. L'épaisseur des lèvres de la plaie est uniforme si on a bien fait l'incision de la matrice au-dessus du segment inférieur de l'utérus ; dans le cas contraire, chose à bien éviter, l'épaisseur serait moindre vers l'angle inférieur. La plaie bâille en dehors, les bords muqueux sont assez voisins, presque au contact, alors que les bords péritonéaux sont très éloignés l'un de l'autre ; elle représente une sorte de cratère qui nécessitera, pour être comblé par la suture, une traction plus forte au niveau du péritoine qu'au niveau de la muqueuse. La rétractilité du péritoine et la rétractilité plus grande des couches musculaires superficielles de l'utérus expliquent cette disposition particulière de la plaie. La plaie reste donc ouverte vers la cavité abdominale et verse du sang de ce côté plutôt que vers la cavité utérine. Les sinus utérins se montrent en assez grand nombre, mais si l'utérus est bien rétracté ils n'ont qu'une lumière virtuelle, car ils sont fermés par la contraction et la rétraction des anneaux musculaires de la couche moyenne de l'utérus qui en constituent à proprement parler les parois.

N'était le relâchement possible de l'utérus laissant les vaisseaux s'ouvrir et le sang s'écouler dans le ventre, d'où mort par hémorrhagie ; n'était la béance de la plaie maintenant en communication la cavité utérine et la cavité péritonéale, et permettant par suite le passage des lochies dans le péritoine, d'où possibilité de péritonite mortelle : il n'y aurait pas lieu de s'occuper outre mesure de la plaie de l'utérus, et on pourrait fort bien, à l'exemple des anciens, l'abandonner dans le ventre, sans la traiter davantage. Mais les accidents auxquels je fais allusion sont trop constants et trop formidables, pour qu'on puisse passer outre, et aujourd'hui il ne serait pas plus permis de rentrer l'utérus dans le ventre sans le suturer, qu'on ne serait autorisé à réduire

l'intestin ou l'estomac perforés, sans procéder au préalable à leur suture.

La suture est donc nécessaire. Elle a pour objectif d'immobiliser la plaie de l'utérus pendant tout le temps nécessaire à sa réunion ; elle doit donc être solide, car il lui faudra lutter contre l'effet des variations de volume et de tension de l'utérus, conséquences elles-mêmes de la contraction et du relâchement du muscle utérin. La suture essentielle sera donc musculaire. Il y a plus. Les surfaces cruentées mettent un certain temps à se souder, les surfaces péritonéales se soudent très rapidement ; si donc, on suture à part le péritoine, il sera réuni avant le muscle et la communication entre la cavité séreuse et la plaie sera aussitôt interrompue. L'idéal consistera donc en une suture, profonde, solide réunissant la partie musculaire de la plaie, suture à laquelle viendra se superposer une *suture de perfectionnement* superficielle, dite séro-séreuse.

Tel est le principe de toute bonne suture césarienne de l'utérus. Sur ce thème on peut varier les détails de la technique, et les variantes n'ont pas manqué ; mais, suivant la voie que je me suis tracée, je les passerai sous silence, aussi bien que certains modes de suture dans lesquels on s'est proposé des simplifications qui n'ont pas toujours été heureuses.

Et, chose remarquable, après avoir proposé et expérimenté bien des modifications, on en revient toujours à la suture si simple et si logique, primitivement indiquée par Sänger, c'est elle encore qui fournit les meilleurs résultats et qui est le plus commode à appliquer.

La suture est faite avec du fil de soie, on le prend fort pour les sutures profondes, fin pour les sutures superficielles.

On introduit une ou plusieurs éponges dans la cavité utérine et on procède d'abord à la suture profonde.

1° *Suture profonde.* — Pour la faire on se sert ou bien d'une grande aiguille montée sur un porte-aiguilles, ou d'une aiguille de Reverdin. Les sutures profondes doivent être aussi nombreuses que possible, distantes les unes des autres d'un

centim. environ, c'est une condition indispensable pour la bonne réussite de l'opération.

L'aiguille pénètre dans l'utérus par la face péritonéale à 1 centim. environ des bords de la plaie, elle s'enfonce obliquement dans le tissu utérin et vient sortir dans la cavité utérine au niveau ou au-dessous de la muqueuse.

L'aiguille traverse ensuite la lèvre opposée de la plaie utérine dans une direction exactement symétrique. On applique, suivant l'étendue de la plaie, 8 ou 10 sutures éloignées de 1 centim. Les fils ne sont noués que quand tous ont été appliqués ; aussi doit-on saisir les deux chefs de chacun des fils dans une pince à pression pour éviter qu'ils ne s'enchevêtrent les uns dans les autres. Avant de commencer à nouer les fils, on retire l'éponge qu'on avait mise provisoirement dans l'utérus et on fait une nouvelle toilette de la cavité utérine et de la plaie elle-même.

Les nœuds doivent être serrés assez fortement et pendant que l'opérateur les serre, l'aide avec une pince enfonce le péritoine pour l'adosser dans la profondeur. On s'arrange de façon à appliquer le nœud latéralement pour qu'il ne soit pas superposé à la ligne de réunion. Il s'agit bien entendu d'un nœud chirurgical avec double boucle à laquelle est superposée une boucle simple ; ce détail a son importance, faute de prendre la précaution précédente, on s'expose à voir le nœud se défaire, la plaie bâiller et une hémorrhagie se produire quelques heures après que l'opération est terminée. C'est ce qui arrive si souvent quand on emploie le fil de catgut qui se gonfle à l'humidité et à la chaleur ; avec la soie cet accident n'est pas à craindre quand le nœud est fait selon les règles.

J'ai dit que dans la suture profonde, le fil devait pénétrer dans la cavité utérine et par conséquent passer au-dessous de la muqueuse qui, ultérieurement, sera réunie quand on serrera le nœud. Il est simple de procéder ainsi Sänger autrefois conseillait de passer au-dessus de la caduque pour ne pas l'intéresser et pour que le fil profond ne soit pas en com-

munication avec la cavité utérine et ne puisse s'infecter au contact des lochies. L'expérience a montré que ces craintes étaient exagérées.

D'ailleurs quand on passe au-dessous de la muqueuse, celle-ci est immédiatement coupée par le fil pendant qu'on le noue, et il s'arrête à la face profonde de la couche musculaire ; le fil est donc par ce fait même isolé de la cavité utérine. Il faut ajouter que la muqueuse se réunit très rapidement presque aussi vite que la séreuse, plus vite que la musculaire : il y a donc tout intérêt à favoriser cette réunion. Enfin, il y a dans certains cas inconvénient à passer le fil entre la muqueuse et la musculaire, car il est arrivé que l'aiguille a traversé un sinus utérin et qu'on a dû la retirer pour la faire pénétrer plus profondément, presque dans la cavité utérine (1).

2° *Suture superficielle.* — C'est une suture séro-séreuse destinée à parfaire l'occlusion de la plaie entre les sutures profondes séro-musculaires. Si avant d'y procéder on examine la plaie utérine, on voit que les bords péritonéaux sont recroquevillés en dedans et que le péritoine s'y trouve adossé à lui-même sur une certaine largeur de 1 ou 2 millimètres à peu près. Il y a donc adossement de la séreuse, mais cet adossement qui n'est pas assez intime ne serait pas permanent et en outre, la tunique musculaire elle-même n'est pas encore suffisamment fermée dans l'intervalle des sutures profondes. La prudence est donc d'ajouter des sutures superficielles. Elles seront faites au fil de soie fin. Elles doivent être très nombreuses, il y en aura 2 ou même 3, suivant les besoins, entre deux sutures profondes voisines.

La suture sera exécutée comme la suture de l'intestin, avec une aiguille ronde et fine, elle devra autant que possible

(1) Il est bien entendu que ces remarques ne s'adressent qu'aux cas dans lesquels il n'y a pas d'infection de la muqueuse utérine : dans le cas contraire, le passage du fil de suture à travers la muqueuse ne serait pas indifférent et il faudrait l'éviter ; mais j'ai hâte d'ajouter que l'infection est une contre-indication absolue à l'opération de Sänger et qu'on doit alors pratiquer l'amputation de Porro.

traverser deux fois de chaque côté le péritoine et pénétrer un peu dans le tissu musculaire, en somme ce sera une véritable suture de Lembert.

Quand tous les fils superficiels sont noués on les coupe au ras du nœud. Leur nombre est variable, il y a ordinairement deux fois plus de sutures superficielles que de sutures profondes.

Il est facile de faire des sutures superficielles séparées, le seul inconvénient qu'ait cette façon d'agir est d'exiger un temps assez long ; mais il est compensé par la simplicité de la suture, par sa bonne application, par le parfait adossement qu'elle assure sans dévier la séreuse, par sa solidité. Aussi la crois-je préférable à la suture en surjet employée par quelques auteurs, suture qui adosse moins bien les tissus et ferme moins exactement la plaie qu'elle rend souvent irrégulière.

Je viens de dire que la suture superficielle doit être surtout séro-séreuse ; si elle n'empiète qu'un peu sur le tissu musculaire de l'utérus, elle représente une véritable suture de Lembert. On peut avec avantage se départir sensiblement de cette manière de faire, tout en conservant un adossement séro-séreux parfait.

On opérera alors de la façon suivante. Les sutures profondes nouées, on introduit l'aiguille qui conduit les sutures superficielles à 5 millim. environ des bords de la ligne de réunion, on enfonce l'aiguille d'une quantité égale dans la profondeur du muscle utérin ; on peut même la faire pénétrer davantage et intéresser par conséquent la moitié de l'épaisseur de la paroi utérine, puis on noue. Grâce à la suture profonde, le péritoine était déjà adossé, mais l'adossement est rendu plus intime par cette suture superficielle et les feuillets péritonéaux ne risquent plus de se séparer l'un de l'autre. Cette suture quoique n'appartenant pas au type de la suture de Lembert n'en répond pas moins aux indications de cette dernière ; elle offre sur la suture de Lembert l'avantage de réunir la portion superficielle de la musculaire qui a de

la tendance à bâiller entre les sutures profondes et par conséquent mérite de lui être préférée.

Donc au lieu de faire un plan de suture séro-musculaire, évitant la muqueuse et un plan de suture séro-séreuse pure, je crois préférable de dire :

La suture se compose de deux plans.

1° Un plan profond comprenant toute l'épaisseur de la paroi utérine y compris la muqueuse;

2° Un plan superficiel intéressant la moitié de l'épaisseur de la paroi utérine ou au moins 5 millim. du tissu musculaire.

Cette dernière suture est une suture séro-musculaire, la première étant une suture séro-musculo-muqueuse. Grâce à ces sutures les 3 couches, péritonéale, musculaire, muqueuse, de la paroi utérine sont intimement et invariablement adossées et comme la séreuse et la muqueuse se cicatrisent rapidement, on arrive au bout de quelques heures à obtenir une séparation absolue non seulement entre la cavité utérine et la cavité péritonéale, mais encore entre la plaie utérine et l'une et l'autre des cavités précédentes.

La plaie utérine est dorénavant fermée, indépendante à la fois de la cavité péritonéale et de la cavité utérine qu'elle isole. On peut alors abandonner l'utérus à lui-même. Si on avait exercé une compression sur son pédicule pour assurer l'hémostase, on la supprime peu à peu. L'aide diminue progressivement la pression qu'il exerce avec la main, ou bien il lâche insensiblement le lien élastique provisoire, de manière à empêcher un afflux trop rapide du sang dans l'utérus et à ne laisser la circulation se rétablir que lentement.

Ordinairement, quand la compression n'a pas été exagérée, l'utérus se colore, devient turgide mais n'augmente pas démesurément de volume : c'est que l'utérus reste bien rétracté et que la plaie placentaire ne saigne pas. Il ne s'écoule pas non plus de sang par la ligne de réunion. Il n'est plus question en effet d'hémorrhagie par la plaie. Quand la suture est bonne et assure une excellente coaptation des lèvres de la plaie. On laisse quelques instants encore l'utérus hors du

ventre pour le surveiller et après s'être convaincu qu'effectivement il n'existe aucun danger d'hémorrhagie, on l'essuie, on saupoudre d'iodoforme la ligne de suture et on le réintègre dans le ventre.

— Mais quelquefois il n'en va pas aussi simplement. La plaie saigne en plusieurs points : on en est quitte pour appliquer quelques sutures superficielles de plus ; il peut aussi y avoir un suintement sanglant aux points d'entrée des sutures profondes, on fait alors à ce niveau des sutures hémostatiques avec du fil très fin, c'est le meilleur moyen de fermer ces petites plaies qui fournissent du sang.

Ce sont là des accidents secondaires en comparaison des hémorrhagies fournies par la face interne de l'utérus au niveau de la surface où s'insérait le placenta, hémorrhagies naturellement liées à l'inertie utérine. J'ai déjà parlé de ces hémorrhagies et j'ai dit comment il convenait de les combattre. On reconnaît à la consistance de l'utérus que l'organe est inerte, on reconnaît à sa rapide augmentation de volume que sa cavité est distendue par du sang. On ne perdra pas de temps ; on fera immédiatement une injection d'ergotine ou mieux d'ergotinine, on malaxera l'utérus énergiquement, on videra, en passant par le col, la cavité utérine des caillots et du sang qui la remplissent et on fera une injection à 50° ; puis, si l'hémorrhagie continue, on appliquera à nouveau le lien élastique provisoire.

Dès que ce lien aura été serré l'hémorrhagie sera forcément arrêtée. Et il est possible alors qu'au bout de quelques minutes, sous l'influence du massage, de l'évacuation des caillots, de l'eau très chaude et de l'action de l'ergotine, l'utérus se contracte bien. Si ce résultat est obtenu on enlève le lien et tout danger est conjuré ; après quelques minutes d'expectation on pourra rentrer sans crainte l'utérus dans le ventre. Mais si l'utérus ne se contracte pas, il ne faut pas tarder davantage et on doit se décider à supprimer la source de l'hémorrhagie en enlevant l'utérus. On laisse donc le lien élastique en place, on le serre plus fortement et on ampute

au-dessus de lui l'utérus comme dans l'opération de Porro. L'opération qui devait être une opération conservatrice devient, par le fait d'une complication grave, une opération radicale. Cette détermination qu'il faut avoir le courage de prendre assez tôt sauvera la vie de la femme. Si au contraire on hésite trop longtemps, la femme succombera malgré l'amputation de Porro aux conséquences d'une hémorrhagie abondante.

En somme, après la suture de l'utérus on peut observer deux ordres d'hémorrhagies :

1° Une hémorrhagie externe par la plaie ; cette hémorrhagie cède rapidement à l'application de nouvelles sutures.

2° Une hémorrhagie interne. Cette dernière a ordinairement sa source dans la surface d'inertie placentaire et est due à l'inertie utérine ; exceptionnellement elle pourrait se produire par la face profonde de la plaie utérine mal réunie du côté de la muqueuse. Contre cette hémorrhagie il faut après avoir vidé l'utérus des caillots et avoir pratiqué une injection très chaude, appliquer le lien élastique, et une fois ce lien appliqué masser l'utérus, l'envelopper de compresses très chaudes pour exciter ses contractions, et faire une injection d'ergotine ou d'ergotinine. Si l'utérus se contracte bien, on retire le lien élastique et on observe quelques minutes.

L'hémorrhagie ne se reproduit pas, l'utérus est bien rétracté : on le réintègre dans le ventre, tout danger a disparu.

L'utérus redevient-il mou, et l'hémorrhagie reprend-elle ? on réapplique le lien élastique et on procède à l'amputation de Porro.

Si l'utérus ne se contracte pas au-dessus du lien : sans plus attendre, on ampute l'utérus.

— Un précepte qu'il ne faut pas oublier quand il s'agit d'hémorrhagie par inertie utérine après la délivrance, c'est de faire une injection intra-utérine très chaude, et de vider l'utérus des caillots qu'il contient.

Ce précepte trouve son application également dans les hémorrhagies que nous envisageons en ce moment. Il est donc utile, comme je viens de le dire, d'extraire les caillots

de l'utérus, et de faire une injection intra-utérine très chaude. Cela est facile dans les cas où la section césarienne est pratiquée à une période avancée du travail, car alors l'orifice est dilaté et la main peut le traverser. Cela devient impossible, au contraire, quand on opère avant tout travail ou bien quand l'orifice est coarcté par un néoplasme. On devra dans ce cas, se résoudre plus rapidement à l'amputation de l'utérus. Car de rouvrir la plaie suturée de l'utérus, pour passer directement ainsi dans la cavité utérine, il ne saurait en être question ; mieux vaut encore amputer l'utérus que de faire subir à la plaie utérine des traumatismes répétés, et d'allonger d'une façon démesurée la durée de l'opération conservatrice.

d. *Toilette du péritoine.* — Il y a peu de chose à en dire. Quand les précautions sont bien prises, il n'a pénétré dans le ventre ni liquide amniotique ni sang : la toilette par conséquent n'est pas utile. Elle le devient au contraire quand des liquides se sont épanchés dans le péritoine. La toilette sera faite alors avec des éponges qu'on plonge surtout dans le petit bassin où s'accumulent les liquides, dans le cul-de-sac de Douglas, dans le cul-de-sac vésico-utérin; on cesse dès que l'éponge, n'entraînant plus rien, revient immaculée.

Cela fait l'utérus est réintégré dans le ventre et placé sur la ligne médiane.

On a retiré, s'il y a lieu, les anses intestinales qui sont descendues dans le petit bassin et on repousse celles qui tendraient à s'appliquer entre l'utérus et la paroi abdominale antérieure. Puis on rabat le grand épiploon sur la face antérieure de l'utérus après avoir saupoudré d'iodoforme la ligne de réunion.

Reste à procéder à la suture de la paroi abdominale.

6° Suture de la paroi abdominale. — Elle est faite comme après toute laparotomie à l'aide de deux plans de sutures, un plan profond et un plan superficiel.

Les sutures profondes comprennent la peau, les couches

musculaires et aponévrotiques et le péritoine, de telle sorte que quand les sutures sont serrées les faces séreuses du péritoine pariétal sont adossées l'une à l'autre. Les pinces à forcipressure qu'on avait appliquées sur les bords du péritoine, immédiatement après l'ouverture du ventre, rendent ici un grand service, car elles permettent de retrouver facilement la séreuse qui se serait rétractée si elle n'avait pas été maintenue.

La suture profonde est faite au fil de soie ; on peut avec avantage employer le criu de Florence pour la suture superficielle.

Le drainage est inutile, la plaie abdominale sera donc réunie dans toute son étendue et s'il ne survient pas de suppuration au niveau des fils, il y aura peu de chances d'éventration dans l'avenir.

e) *Pansement immédiat.* — Il est très simple, c'est celui de toute laparotomie : ligne de réunion saupoudrée d'iodoforme, toilette de la femme, gaze iodoformée sur la plaie, une couche de coton hydrophile, une couche épaisse de coton ordinaire, le tout maintenu par un bandage de corps en flanelle suffisamment serré et descendant suffisamment bas.

f) *Traitement des suites de couches.* – Moins il sera actif et mieux cela vaudra.

Cathétérisme ; injections de morphine suivant les indications ; diète les deux ou trois premiers jours ; boissons froides en petite quantité ; puis lait coupé d'eau de Vichy ; magnésie contre le tympanisme Il n'est pas bon de laisser les matières s'accumuler dans l'intestin, et la constipation ne doit pas être recherchée.

Le 8e jour on enlève les sutures abdominales et on renouvelle le pansement comme il avait été fait. La malade se lève vers le 21e jour.

Comme on a appliqué un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée, il n'y a pas d'injection à pratiquer ; on retire ce tamponnement suivant la façon dont il est toléré, entre le 3e et le 5e jour et on peut lui substituer soit un nouveau tampon soit des injections vaginales quotidiennes.

S'il survient des complications, on les traite comme après toute laparotomie. La plus fréquente est la péritonite. On s'aperçoit bien vite de son existence. Quand elle est généralisée, elle est toujours mortelle. On la soigne par les moyens médicaux classiques. Mais n'y aurait-il pas lieu d'être plus hardi et quand on voit que l'état est menaçant ne pourrait-on pas recourir à un traitement plus actif ?

On s'adresse ordinairement à la cavité utérine, à la muqueuse et on pratique des injections intra-utérines antiseptiques ; c'est bien, mais c'est insuffisant.

On devrait donc ne pas reculer devant la nécessité de combattre directement la péritonite puerpérale elle-même et pour cela il n'y a qu'un moyen véritablement efficace, le lavage et la toilette du péritoine et le drainage de la cavité abdominale. Il suffirait de couper quelques fils de suture vers la partie inférieure de la plaie, pour ouvrir la cavité abdominale et la rendre accessible.

On serait autorisé encore dans certains cas à agir avec plus d'énergie, et si à l'examen on reconnaissait que l'utérus est lui-même fortement atteint, qu'il y a de la métrite septique, de la suppuration au niveau des trajets des fils, il ne faudrait pas hésiter à en pratiquer l'amputation. C'est la seule chance qu'on ait de sauver la femme vouée à une mort certaine. N'a-t-on pas vu Olshausen pratiquer avec succès l'ablation de l'utérus chez une femme qui était déjà atteinte de péritonite et dans l'utérus de laquelle se putréfiait le placenta de l'avortement ?

Une autre complication locale peut encore survenir quelques jours après l'opération, c'est une hémorrhagie intrapéritonéale provenant de la portion de plaie utérine qui bâille dans l'intervalle de deux sutures. Dans un cas de Léopold, cette hémorrhagie s'est terminée fatalement. Elle n'a été reconnue qu'à l'autopsie, car on pensait à une péritonite. Si on avait songé à la possibilité d'une hémorrhagie, et si on avait ouvert la plaie abdominale, pour examiner l'utérus et le péritoine *de visu*, on aurait trouvé la cause de l'hémorrhagie,

et une nouvelle suture superficielle appliquée à l'utérus, en aurait rendu maître immédiatement; la femme eût probablement été sauvée par cette intervention.

Lors donc que l'état de l'opérée inspire de sérieuses inquiétudes, il serait prudent d'ouvrir la plaie abdominale et d'examiner directement l'utérus et le péritoine, pour les traiter comme il convient. Je suis persuadé qu'on arriverait ainsi à sauver bien des femmes.

Opération de Porro.

Elle est encore désignée sous les noms de :

Opération césarienne radicale.

Opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique.

Elle diffère de l'opération de Sänger en ce qu'au lieu de conserver l'utérus et de le suturer on l'ampute au-dessus du col.

Il y a plusieurs manières de pratiquer l'opération ; ce qui les distingue surtout les unes des autres, c'est la façon de traiter le moignon résultant de l'amputation de l'organe : on le fixe à la paroi abdominale, on le perd dans le ventre, on l'inverse dans le vagin, Je ne les signalerai pas et je me bornerai, pour me limiter au programme que je me suis proposé, de décrire le manuel opératoire le plus simple, le plus pratique, celui qui à l'heure actuelle paraît donner les meilleurs résultats.

L'opération comprend les 6 actes suivants :

1° Incision de la paroi abdominale.

2° Incision de l'utérus.

3° Extraction du fœtus.

4° Amputation de l'utérus.

5° Traitement du moignon utérin.

6° Suture de la paroi abdominale.

A ces temps principaux viennent s'ajouter des actes secondaires.

a) Moyens d'empêcher le passage des liquides et du sang de l'utérus dans le ventre.

b) Hémostase de l'utérus.

c) Toilette du péritoine.

d) Pansement immédiat.

Vient ensuite le traitement des suites de couches.

Les trois premiers temps sont les mêmes dans l'opération de Porro et dans l'opération de Sänger. Ils constituent en effet la *phase fœtale* de l'opération césarienne et ne peuvent manquer d'être identiques. La différence ne commence qu'avec la *phase maternelle* dans laquelle on se propose de réparer les dégâts de l'organisme maternel, fatalement commandés par l'extraction de l'enfant : la phase maternelle seule caractérise la méthode radicale.

1° Incision de la paroi abdominale. — Elle est pratiquée sur la ligne blanche et ne doit pas descendre à plus de deux travers de doigt du pubis.

Sa longueur variera suivant la façon dont on veut ou doit extraire l'utérus.

Si l'utérus ne sort du ventre qu'après l'extraction du fœtus, l'incision de 16 centimètres, que j'ai décrite à propos de l'opération de Sänger, suffit.

Si au contraire on veut extraire l'utérus avant de l'ouvrir, alors qu'il contient encore le produit de conception, l'incision doit être beaucoup plus grande, atteindre par conséquent le fond de l'utérus et mesurer 24 centimètres de hauteur. On l'agrandit aux ciseaux vers la partie supérieure ; la brèche est très grande, mais elle doit être ainsi pour laisser passer l'utérus gravide qui est énorme.

a. *Moyens d'empêcher le passage des liquides et du sang de l'utérus dans le ventre.* — Je n'ai qu'à me reporter à ce que [illegible] au sujet de l'opération de Sänger pour les cas où l'uté- [illegible] *in situ* et où il ne sort du ventre qu'entraîné [illegible].

[illegible] conditions l'incision abdominale mesure 16 cen- [illegible] nécessaire pour agir ainsi, c'est-à-dire pour [illegible] que l'œuf ne soit pas infecté, qu'il

n'y ait pas de putréfaction du liquide amniotique, que les membranes ne soient pas rompues ou qu'elle ne le soient que depuis peu. Alors l'accès dans le péritoine d'une petite quantité de liquide aseptique n'a pas grande importance.

Il en est tout différemment dans les circonstances contraires. L'œuf est ouvert depuis longtemps, le liquide amniotique est fétide : il faut prendre bien garde à ce qu'il n'en tombe pas dans le ventre sous peine de voir se développer une péritonite mortelle ; certes nous savons faire scrupuleusement et d'une manière efficace la toilette du péritoine, mais ne vaudrait-il pas mieux encore rendre cette toilette inutile en empêchant l'accès des liquides septiques dans le péritoine ? On n'est jamais absolument sûr de faire un nettoyage parfait.

Or l'isolement du péritoine n'est obtenu qu'imparfaitement avec les éponges, et quelque soin que mette l'assistant à bien appliquer la paroi abdominale contre l'utérus, on ne saurait affirmer qu'il n'existe pas une solution de continuité à travers laquelle le liquide amniotique ne puisse s'insinuer. Il y a mieux à faire et toute crainte s'évanouit quand on attend pour inciser l'utérus que l'organe soit sorti du ventre. Müller, de Berne, a conseillé cette méthode. Elle consiste à faire basculer hors du ventre l'utérus encore intact pour l'extraire de la cavité abdominale avant de l'ouvrir. En gynécologie, les grosses tumeurs solides utérines ou ovariennes sont amenées hors du ventre de la même façon avant d'être séparées de leur pédicule.

Le corps de l'utérus est donc tout entier hors de la cavité abdominale, on ferme celle-ci derrière lui en rapprochant les lèvres de la plaie, après toutefois avoir appliqué au-dessous d'elle une grande éponge. L'aide maintient solidement les lèvres de la plaie accolées l'une contre l'autre de façon à empêcher l'accès de l'air et à s'opposer à la hernie de l'intestin. On pourrait immédiatement suturer une partie de la plaie abdominale, mais mieux vaut extraire de suite le fœtus qui peut souffrir à cause du trouble apporté à la circulation utérine par le redressement de l'utérus.

Quand on incisera l'utérus, il sera dorénavant impossible que du liquide amniotique pénètre dans le péritoine et tout danger d'infection directe sera écarté.

Le seul inconvénient que présente cette méthode c'est de nécessiter une grande incision de la paroi abdominale, mais nous devons y attacher une importance médiocre en regard des avantages qu'elle confère, aujourd'hui surtout que nous sommes en mesure de suturer sans suppuration et sans crainte d'éventration sensible.

Lors donc qu'il sera nécessaire d'éviter le passage du liquide amniotique dans le ventre, il conviendra d'extraire l'utérus avant de l'inciser et d'opérer de la façon suivante : L'abdomen ouvert sur 24 centimètres de hauteur, l'opérateur porte la main derrière le fond de l'utérus et le fait basculer en avant ; l'assistant l'aide dans cette manœuvre en repoussant en arrière les lèvres de la plaie abdominale.

Ordinairement l'utérus sort assez bien ; mais si on éprouvait trop de résistance il faudrait agrandir la plaie abdominale à la partie supérieure.

Dans des cas exceptionnels le mouvement de bascule de l'utérus a été impossible ; on a été forcé d'inciser l'utérus en place ; on devrait si cette circonstance se présentait redoubler de précautions pour empêcher le passage dans le péritoine du liquide amniotique.

2° Incision de l'utérus. — Quand l'utérus reste dans le ventre, elle est pratiquée comme dans l'opération de Sänger. L'utérus ayant été attiré hors du ventre, le siège et la direction de l'incision importent peu ; qu'elle ne descende pas toutefois dans le segment inférieur ; on la fera le plus loin possible de l'ouverture abdominale.

3° Extraction du foetus. — Elle ne demande dans le cas particulier aucune description spéciale.

b. *Hémostase de l'utérus.* — On ne s'en occupera, j'y ai déjà insisté qu'après la sortie du fœtus. L'inertie utérine importe

peu, puisqu'on se débarrasse de l'utérus qui en est le siège. Aussi serait-il superflu de prendre autant de précautions que dans l'opération de Sänger et peut-on immédiatement après l'extraction de l'enfant exercer sur le pédicule de la cicatrice une constriction assez énergique pour arrêter toute circulation dans le corps de l'organe.

Aussitôt donc que l'enfant est extrait, on entoure le col de l'utérus d'un lien de caoutchouc solide (tube de caoutchouc non perforé de 5 millimètres environ de diamètre) et on le serre assez fort pour suspendre tout écoulement de sang par l'utérus. On ne s'occupe donc pas du placenta. On applique le tube de caoutchouc à l'union du col et du segment inférieur de l'utérus, au-dessus des ovaires, en prenant bien garde de ne pas comprendre la vessie dans son anse. On s'assurera du fait en examinant attentivement le point où le caoutchouc est appliqué ; en cas de doute on n'hésiterait pas à introduire une sonde métallique dans la vessie et à en explorer toute la cavité. Le lien élastique bien appliqué on le serre, peu à peu, progressivement, sans se hâter, en tirant sur les deux chefs qu'on croise en avant ; on s'oppose de la sorte à ce que le lien ne glisse et ne s'échappe, car il se creuse un sillon, une sorte de lit dans lequel il se trouve retenu. Il est bon de faire décrire au lien élastisque deux anses autour du col de l'utérus. Les deux chefs croisés du lien élastique sont alors noués, et le nœud saisi solidement dans une pince forte ou dans un clamp. L'hémostase provisoire est obtenue.

Pour la transformer en hémostase définitive il suffit de lier solidement le caoutchouc. On applique à cet effet, deux solides ligatures superposées avec du fil de soie, au défaut de la pince ou du clamp provisoire, sur le nœud du lien élastique.

La constriction est parfaite et durable ; car le lien de caoutchouc ne glisse pas, et en vertu de son élasticité, il suit le moignon dans son retrait et le comprime avec une énergie constante qui assure la permanence de l'hémostase.

4° Amputation de l'utérus. — Le fœtus est extrait,

l'hémostase de l'utérus est assurée, il reste à amputer l'utérus et les ovaires.

La section est pratiquée à deux travers de doigt au-dessus du lien élastique. La partie enlevée comprend ordinairement les ovaires ; dans le cas contraire on ferait l'ablation de ces glandes au-dessus d'une ligature spéciale.

En même temps que le corps de l'utérus et les ovaires, on se débarrasse tout naturellement du placenta et des membranes, qu'on avait laissés en place sans s'en occuper. Le moignon est exsangue.

Les précautions les plus minutieuses ont été prises jusqu'ici pour protéger le péritoine contre l'accès des liquides et du sang ; dorénavant il n'y a plus de chances d'infection immédiate du péritoine puisque l'utérus qui contenait seul les produits septiques est enlevé.

c. *Toilette du péritoine.* — Elle sera très rudimentaire si les précautions que j'ai indiquées ont été bien prises.

Quand elle est terminée une éponge est appliquée sur les organes abdominaux au-dessous de la plaie abdominale et on procède au traitement du moignon utérin.

5° Traitement du moignon utérin. — Ce traitement comprend :

1° L'hémostase du moignon.

2° La toilette et la cautérisation du moignon.

3° Sa fixation à la paroi abdominale.

J'ai déjà dit de quelle façon on transformait l'hémostase provisoire de l'utérus en hémostase définitive. Le tube de caoutchouc, qui fait deux fois le tour du col de l'utérus et qui est fixé solidement, rend le pédicule utérin exsangue et se détachera plus tard en même temps que la portion mortifiée de ce pédicule.

Au centre du moignon, on trouve la muqueuse du segment inférieur du col de l'utérus. Cette muqueuse contient des germes septiques si l'opération a été faite dans de mauvaises conditions. Il est donc bon de s'en débarrasser. A cet

effet, soit au bistouri, soit aux ciseaux, on en pratique l'excision aussi profondément que possible ; on creuse donc le moignon en entonnoir ; on fait aussi l'ablation de tous les tissus exubérants, en ne laissant que juste la quantité nécessaire pour servir de soutien au lien hémostatique.

Puis on cautérise énergiquement le moignon au thermocautère, surtout sur la muqueuse du col, et on le cautérise ensuite au chlorure de zinc. Le moignon est alors parfaitement aseptique, et sous l'eschare qu'on a produite, il pourra se momifier sans crainte d'infecter la femme.

Si on abandonnait à lui-même le moignon ainsi préparé, il ne tarderait pas à s'enfoncer dans le ventre où on le perdrait. Il verserait alors dans le péritoine les produits septiques qui pourraient résulter de son sphacèle, et il y aurait à craindre qu'il n'infectât le péritoine, et ne produisît une péritonite mortelle. Ce n'est pas fatal, mais possible ; il est donc urgent de l'éviter.

Il suffit pour cela de fixer le moignon à la paroi abdominale.

D'abord, on le traverse de gauche à droite au-dessus du tube de caoutchouc par une forte broche d'acier ; cette broche soutient le pédicule en le suspendant pour ainsi dire au-dessus de la paroi abdominale sur laquelle elle repose. On applique la broche avant même de parer le moignon et de le cautériser.

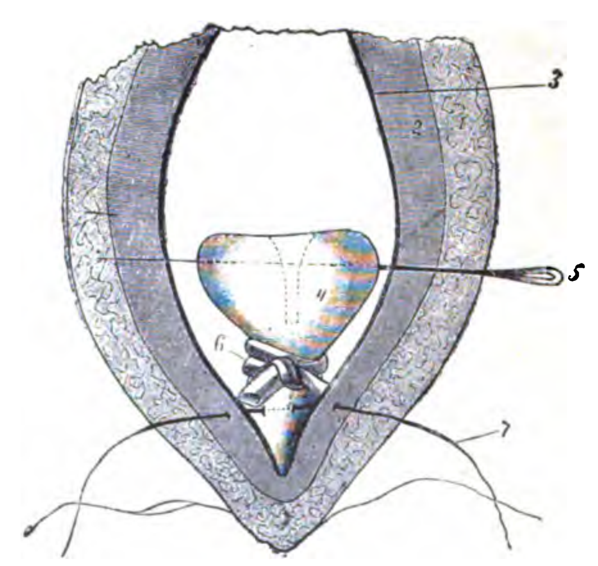
Outre l'emploi de la broche, on doit encore fixer directement le moignon à la plaie abdominale par la suture ; cette fixation, outre son importance mécanique, a pour effet de fermer autour du moignon la cavité abdominale. On la pratique de la façon suivante :

Sur toute la périphérie du moignon, *au-dessous du lien élastique,* on suture à la soie le péritoine pariétal au péritoine du moignon ; on en fait ainsi le tour pour qu'il soit sur toute sa circonférence tapissé par le péritoine de la paroi, qui l'enserre comme dans un collet.

Les adhérences s'établissent bien vite entre les surfaces péritonéales, et la portion du pédicule qui va se sphacéler sera

donc immédiatement isolée de la cavité abdominale qu'elle ne pourra pas infecter par ses sécrétions.

6° SUTURE DE LA PAROI ABDOMINALE. — Elle comprend des sutures profondes et des sutures superficielles. On ne pratique pas de drainage ; donc le ventre est exactement fermé, en haut par la suture propre de la paroi abdominale,



Fixation extra-péritonéale du pédicule.

en bas par la suture du moignon utérin à la même paroi. J'ai dit qu'on pouvait commencer la suture de la paroi dans sa partie supérieure avant d'inciser l'utérus.

d. *Pansement immédiat.* — Le moignon est saupoudré d'iodoforme et enveloppé de gaze iodoformée. La ligne de réunion est recouverte également de gaze iodoformée; puis on termine le pansement avec de l'ouate au sublimé, de l'ouate ordinaire et on comprime et immobilise avec un bandage de corps en flanelle.

e. *Traitement des suites de couches.* — Je n'ai de particulier à signaler que la façon de traiter le pédicule.

On attache une grande importance à la façon dont le moignon se gangrène ; la gangrène peut être sèche ou humide ; il faut autant que possible que le sphacèle soit sec, que le moignon se momifie. Ce résultat sera assez facilement obtenu si on cautérise tous les jours le moignon au chlorure de zinc.

Les parties putréfiées et ramollies seront détachées aussitôt que reconnues ; on évitera ainsi l'absorption de substances putrides, et les phénomènes graves qui en sont la conséquence et qui emportaient autrefois un grand nombre des malades après l'opération de Porro.

Le 8e jour on enlève les fils de la suture abdominale. Dans la 3e semaine généralement le moignon tombe avec le lien de caoutchouc et il ne reste plus qu'un entonnoir assez profond qui se remplit de granulations, et se comble plus ou moins vite ; au bout de six semaines la plaie est ordinairement cicatrisée et l'opérée peut quitter le lit.

La cicatrisation est assez longue comme on le voit ; pendant toute sa durée, la malade est exposée aux complications des plaies profondes qui suppurent. Les suites de couches sont donc moins simples après l'opération de Porro qu'après l'opération de Sänger et elles exigent plus de soins et d'attention.

— Tel est le manuel opératoire des deux méthodes d'opération césarienne qu'on peut pratiquer aujourd'hui avec avantage. Je laisse de côté l'ablation totale de l'utérus qui est une opération exceptionnelle, et la gastro-élytrotomie qui n'a aucune importance. J'ai choisi pour chaque opération la technique la plus simple ; je n'ai pas toujours donné les raisons qui m'ont déterminé à préférer telle manière de faire, cela m'eût entraîné trop loin.

J'ai suivi pas à pas l'opérateur ; j'ai tâché de ne rien passer sous silence, de signaler les difficultés et les complications qui se présentent dans le cours de l'opération ; et je me suis efforcé de donner une description complète qui permît au médecin le moins familiarisé avec la section césarienne de mener à bien une opération de ce genre.

J'avoue avoir donné à certains points un développement

peut être exagéré, et avoir abordé des sujets qui, comme l'antisepsie, n'appartenaient pas strictement à la question. Ce reproche peut m'être adressé par des chirurgiens rompus à la technique de la laparotomie et pour lesquels ces choses sont devenues élémentaires. Je ne crois pas cependant qu'il en soit de même pour tout le monde ; et j'estime qu'en dehors des laparotomistes de profession, il y a bien des personnes exposées à pratiquer l'opération césarienne qui pourront tirer profit des détails que je donne.

EXPÉRIENCES ET RÉFLEXIONS SUR LE DRAINAGE DU PÉRITOINE (1)

Par le Dr **Pierre Delbet**, prosecteur à la Faculté de médecine.

(Suite et fin).

IV. — Indications du drainage.

Tous les gynécologues admettent aujourd'hui que dans les laparotomies ordinaires, le drainage est inutile quand l'antisepsie ou l'asepsie est rigoureuse. Il faut donc certaines complications, ou au moins certaines circonstances particulières pour indiquer le drainage. Voyons quelles sont ces circonstances.

Je m'occuperai seulement du drainage primitif, de celui qui se fait au moment de l'opération.

Lorsqu'on lit les nombreux écrits, qui ont paru sur ce sujet, l'entente semble très près de s'établir entre les différents chirurgiens ; mais lorsqu'on étudie leurs statistiques, on voit qu'en réalité leurs pratiques sont très différentes. Les uns emploient fréquemment le drainage, tandis que d'autres n'y ont recours que très exceptionnellement.

Il me semble qu'en Amérique il est d'un usage plus courant qu'en France. La raison de ce fait est sans doute que les très petites incisions jouissent d'une grande faveur dans

(1) Voir les *Annales de Gynécologie*, Février 1890.

le premier pays. Price (1) l'indique en substance. Si l'incision est grande, la toilette du péritoine peut être faite avec soin, ce qui rend souvent le drainage inutile, mais les grandes incisions exposent grandement aux hernies ». Ces incisions qui ne permettent d'introduire dans l'abdomen que deux doigts, rendent les manœuvres difficiles, elles ne permettent pas de voir, de contrôler par l'œil les résultats de la toilette. Le chirurgien est mal renseigné sur l'état des parties profondes ; il ferme l'abdomen sans bien savoir ce qu'il laisse dedans ; et, dans cette incertitude, il est souvent conduit à appliquer la maxime à laquelle Munde déclare avoir obéi : « When in doubt, drain (2) ».

Agir de cette façon c'est faire une trop large part au drainage.

Du reste, en Amérique même, il est des chirurgiens qui pensent ainsi. B. M. Emmet disait, le 6 avril 1886 à la Société obstétricale de New-York qu'il fallait restreindre l'emploi du drainage, et qu'il lui trouvait plus d'inconvénients que d'avantages.

Je viens de dire qu'en Amérique c'était sans doute l'insuffisance habituelle de la toilette du péritoine qui entraînait l'emploi fréquent du drainage. On a fait quelquefois le parallèle du drainage avec les différents procédés de toilette du péritoine, particulièrement avec le lavage. Je ne sais pas s'il est très juste de comparer le lavage avec le drainage. Ces deux procédés ont chacun des indications spéciales, quelquefois il est indiqué de les employer tous deux. Cependant il y a des cas où ils peuvent en quelque sorte se compenser, où la perfection de la toilette péritonéale, obtenue ou non par le lavage, peut dispenser du drainage, où son insuffisance peut le rendre nécessaire. Je crois que dans les cas de ce genre, il faut toujours préférer le lavage. Ce dernier ne présente aucun inconvénient, tandis que le drainage en a de sérieux, dont les principaux sont de laisser le péritoine

(1) PRICE. Obst. Soc. of Philadelphia. *Am. J. of obst.*, 1886, p. 526.

(2) MUNDE *Am. gyn. Society.*, sept. 1887.

ouvert, de nécessiter des pansements nombreux et d'entraîner des adhérences.

Depuis qu'on n'admet plus que le drainage soit le complément nécessaire de toute ovariotomie, bien des chirurgiens ont essayé de préciser les cas dans lesquels on doit l'employer. Je citerai par ordre de dates Martin (1), Wiedow (2), Hunter, Wylie, Lee, Emmet, Skene, Coe (3), Tait (4), Munde (5), J. Price (6), Pozzi (7), Quénu (8).

Je vais successivement étudier toutes les indications qui ont été formulées par les différents chirurgiens.

1° *Durée de l'opération.* — Cette indication reconnue par Wiedow ne me paraît pas nette. Que le drainage soit souvent indiqué après les opérations de longue durée cela est possible ; car si l'opération est longue, c'est généralement qu'il y a des adhérences étendues. Mais ce sont alors les surfaces saignantes des adhérences déchirées qui réclament le drainage, et non pas la durée elle-même de l'opération. Cette durée peut devenir une indication du lavage ; mais je ne crois pas qu'elle puisse être en elle-même une indication du drainage.

2° *Adhérences étendues.* — Beaucoup de chirurgiens considèrent les adhérences, quand elles sont très étendues, comme une indication nette du drainage. Il est dificile d'être précis sur ce sujet. Les diverses variétés d'adhérences ne sont pas comparables entre elles. Des adhérences étendues, mais lâches et peu vasculaires, qu'on déchire sans les lier, et qui

(1) MARTIN. Die drainage bei peritonealen operationen. *Samml. klin. Vorträge. V. R. Volkmann*, n° 219, 1882, p. 9-1609.

(2) WIEDOW. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1884, n° 39.

(3) Importante discusion de la Société obstétricale de New-York, 20 avril 1886 Résumée dans *l'Am. J. of obstet.*, 1886, p. 611.

(4) L. TAIT. *Brit. Gyneo. Journ.* Août 1887.

(5) P. F. MUNDE. Drainage after laparotomy. *Am. Gyn. Society*, septembre 1887. *Am. J. of. obst*, 1887, p. 1048.

(6) J. PRICE. *Am. J. of obst.*, 1888, p. 526 et The indications for drainage. in abdominal Surgery, *eod. loc.*, p. 1069.

(7) POZZI. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.* 29 février 1888, p. 105.

(8) QUÉNU. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, 8 mai 1889, p. 385.

déchirées ne donnent pas de sang, ne réclament pas le drain. Si au contraire il s'agit d'adhérences étroites et vasculaires, qui laissent à leur place une véritable plaie saignante, le drainage simple est insuffisant, c'est au tamponnement qu'il faut recourir. En somme, cette question des adhérences est fort complexe. Ce qu'on peut dire de plus général, c'est que les adhérences serrées et vasculaires, ou plutôt les conséquences de leur déchirure sont souvent une indication formelle du drainage ou du tamponnement.

3° *Hémorrhagies.* — Il n'est question ici que des hémorrhagies en nappe, qui se font par des capillaires ou par des petits vaisseaux qu'on ne peut pas lier. Dans les cas de ce genre, on a recours, pendant l'opération à la compression, aux lavages chauds dont l'efficacité est douteuse, au fer rouge, qui est habituellement suffisant. Mais lorsqu'on a épuisé sans succès tous ces moyens, lorsque malgré les cautérisations répétées et bien faites, on n'a pas obtenu une hémostase satisfaisante, que faut-il faire ? On pourrait croire et on a dit en s'appuyant surtout sur les expériences aujourd'hui nombreuses de transfusion intra-péritonéale, que le péritoine étant capable de résorber le sang, il est inutile en cas d'hémorrhagie capillaire de faire le drainage. Il y a là une sorte de malentendu. On ne peut pas comparer les cas où l'on injecte du sang défibriné dans un péritoine sain à ceux où les altérations du péritoine sont précisément l'origine de l'hémorrhagie. En effet, que se passe-t-il dans ce cas. La surface saignante produite par la déchirure des adhérences occupe dans la majorité des cas le cul-de-sac de Douglas ou ses environs, c'est-à-dire, la partie la plus déclive de la cavité péritonéale. Le sang va donc rester à l'endroit même où il est versé, au contact des tissus altérés, qui bien loin de le résorber n'auront d'autre tendance que celle d'en verser davantage.

Je crois donc que dans ce cas-là il ne faut pas se contenter de refermer le ventre. Mais le drainage suffit-il ? Je ne le pense pas ; un simple drain aura d'abord pour effet de supprimer la pression abdominale, puisqu'en somme le drain représente

un orifice qui met l'abdomen en libre communication avec la pression atmosphérique. En supprimant cette pression abdominale, on rendra plus facile et plus probable la continuation de l'hémorrhagie. Si par hasard il permet au sang de s'écouler, il gênera la formation du caillot qui aurait pu obturer les petits vaisseaux. C'est pour ces deux raisons que le simple drainage me paraît dans ces cas plus dangereux qu'utile. A plus forte raison faut-il rejeter l'usage du tube employé uniquement pour révéler les hémorrhagies qui pourraient se produire après la laparotomie (1).

Dans le cas que j'envisage, l'indication, c'est bien plutôt de produire l'hémostase que de donner issue au sang versé. Et pour produire cette hémostase, il n'y a rien de meilleur que le tamponnement antiseptique à la gaze iodoformée avec ou sans le sac de Mikulicz.

4° *Déchirure ou perte de substance du péritoine.* — Les déchirures, ou les résections du péritoine pariétal n'ont pas la gravité qu'on leur attribuait autrefois. Tait avait déjà remarqué qu'on pouvait en enlever des lambeaux étendus sans que la guérison fut troublée. Mais c'est surtout aux recherches, qui ont été faites à propos des fibromes de la paroi abdominale antérieure, que nous sommes redevables de connaissances précises, sur ce sujet. Sklifossowski (2), Sänger (3) ont montré qu'après la résection de portions étendues du péritoine pariétal la guérison pouvait se faire sans troubles, au moins sans troubles apparents. Car il est bien certain que les anses intestinales viennent s'accoler à la plaie péritonéale et que dans ces cas la guérison n'est obtenue qu'au prix d'adhérences étendues, ce qui n'est pas un mince inconvénient. Aussi faut-il, lorsque le péri-

(1) WYLIE. Discussion qui a suivi la communication de Munde « Drainage after laparotomy », à l'*American. Gyn. Society*. Septembre 1887.

(2) SKLIFOSSOWSKI. Des blessures du péritoine, *Voienno-Meditsinski Journal*, 1887, n° VII. *Vratch*, 1884, n° 33.

(3) SAENGER. *Archiv. f. Gyn.* vol. XXIV. Tous ces mémoires ont été traduits dans le *Traité des fibromes de la paroi abdominale* de L. LABBÉ et C. REMY. Paris, 1888.

toine a été déchiré ou réséqué, faire tous ses efforts pour combler la déchirure ou la perte de substance. Lorsqu'il s'agit d'une déchirure, rien n'est plus simple que de la suturer ; lorsqu'il s'agit d'une perte de substance, même étendue, on peut encore y réussir grâce à la mobilité du feuillet pariétal. Mais il est des cas cependant où cela est impossible. Je ne pense pas qu'on doive tenter de combler la plaie par une greffe épiploïque. Ce serait singulièrement compliquer et aggraver une opération déjà longue et grave pour un résultat bien incertain. Il reste alors une plaie agissant ainsi que le dit M. Pozzi « comme double facteur : a) source de suintement; b) entrave au pouvoir normal de résorption ». Dans ce cas il n'y a rien de mieux à faire que de chercher à rendre cette plaie extra-péritonéale en l'entourant d'adhérences et tout en la maintenant aseptique. Là encore c'est le tamponnement qui est indiqué.

5° *Persistance des tissus morbides et septiques.* — On trouve quelquefois des tumeurs si adhérentes qu'il est presque impossible de reconnaître leurs limites. Pour les libérer on est obligé de dédoubler leurs parois, et lorsqu'elles sont enlevées, il reste une sorte de sac formé par des tissus morbides. Dans d'autres cas, une trompe, par exemple, adhère si fortement au niveau du rectum ou des gros vaisseaux, qu'on craint en détachant les adhérences de déchirer ou de rompre ces organes importants ; et plutôt que de s'exposer à ce grave danger, on prend le parti de laisser une portion de la tumeur. Dans tous ces cas, dont il est inutile de multiplier les exemples, il reste dans le fond du bassin des tissus altérés, souvent septiques, en quantité plus ou moins considérable. Ces tissus vont sécréter des liquides dangereux. Suffit-il d'essayer de les conduire en dehors par un drain. Je ne pense pas que cela soit suffisant car les drains n'assurent pas l'évacuation des liquides ; en outre, ce pourrait être dangereux parce que les liquides sont obligés de traverser des parties saines du péritoine pour arriver à l'extérieur.

La véritable indication dans ces cas, c'est de rendre extra-

péritonéaux ces foyers d'infection. Mais il y a plusieurs manières de la réaliser. Lorsque le sac restant est assez grand et assez souple pour que ses parois puissent être amenées au contact de l'incision abdominale, le mieux est de les suturer à cette incision et c'est ce que tout le monde fait. Souvent le sac est trop petit pour pouvoir être réuni à la paroi abdominale, mais il est suffisant pour que ses bords puissent-être amenés au contact l'un de l'autre. On peut alors les suturer l'un à l'autre, c'est ce que fait Martin : et j'ai déjà dit qu'alors il draine par le vagin la cavité extra-péritonéale qui reste au-dessous de ces parois suturées. Cette manière de procéder n'a peut-être pas reçu en France l'accueil qu'elle mérite. Toutefois, il faut reconnaître que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de se prononcer sur sa valeur. Lorsqu'il ne reste que des débris de tumeur, des parcelles qu'on ne peut traiter d'aucune des deux manières précédentes, le meilleur moyen de les isoler de la cavité péritonéale c'est encore de faire le tamponnement antiseptique.

6° *Rupture dans le péritoine des foyers septiques.* — Je parle seulement ici des ruptures qui se produisent au cours de l'opération. Les liquides septiques ont pénétré dans le péritoine ; l'indication c'est évidemment de les enlever, de faire une toilette aussi minutieuse que possible. M. Quénu (1) pense qu'en cas de rupture de poches purulentes, le drainage peut suppléer au lavage. Certainement on a pu dans ces cas obtenir des succès par le drainage et sans lavage. Mais il est bien hasardeux de tirer de ces succès un argument en faveur du premier contre le dernier : car on sait aujourd'hui que la virulence du contenu des trompes est très variable, qu'elle peut être nulle même lorsque le contenu a l'aspect purulent, et on pourrait toujours répondre que dans ces cas heureux le liquide était peu ou pas septique. Il me semble que lorsqu'il s'agit de débarrasser le péritoine d'un liquide suspect qui vient

(1) QUÉNU. *Bullet. et mém. Soc. de chir.*, 8 mai 1889, p. 385.

d'y pénétrer, et que le péritoine est largement ouvert comme dans une laparotomie, le lavage remplit bien l'indication tandis que le drainage la remplit mal. Aussi je crois que dans ces conditions le lavage s'impose au chirurgien, qui veut mettre toutes les chances de son côté. Quant au drainage, c'est une mesure de précaution supplémentaire à laquelle il est peut-être bon de recourir, mais dont l'efficacité n'est pas alors très grande.

7° *Déchirure de l'intestin.* — Lorsqu'on a déchiré l'intestin il est très tentant après avoir fait la suture, de mettre une lanière de gaze iodoformée qui, partant de cette suture, va sortir par la plaie abdominale. Cela est très tentant parce que évidemment la mèche de gaze iodoformée ne peut empêcher la suture de réussir, et que si cette suture vient à manquer, elle met à l'abri de terribles accidents. En effet ce n'est généralement qu'au bout de quelques jours, deux ou trois au moins, que la suture lâche. A ce moment, la gaze a déterminé des adhérences: et grâce à ces adhérences, au lieu d'une péritonite grave, il se produira seulement une fistule stercorale.

On peut objecter avec raison que les sutures intestinales réussissent souvent, et qu'il est assez singulier en somme de prendre des mesures en vue de l'échec d'une suture qui est faite pour réussir.

Sans doute, et je ne crois pas qu'il faille avoir recours dans tous les cas à cette mèche iodoformée. D'abord cela n'est pas toujours possible. Lorsque la suture est faite sur une portion mobile de l'intestin, le moyen serait tout à fait illusoire, car la gaze iodoformée ne pourrait suivre l'anse intestinale dans ses déplacements. Et même, en général, toutes les fois que la suture siège sur une portion d'intestin bien saine, on peut se passer de ce drainage. Mais lorsque la déchirure et par suite la suture portent sur un intestin malade, sur le rectum par exemple déjà envahi par l'inflammation, lorsque les tissus malades font craindre un échec de la réunion, n'est-il pas naturel de recourir à l'artifice en question pour diminuer les dangers de l'échec possible ?

8° *Péritonite.* — Lorsqu'il existe des foyers de pelvi-péritonite, on laisse dans le bassin des tissus morbides : cela rentre dans une question que j'ai déjà étudiée : je n'ai pas besoin d'y revenir. Lorsqu'il y a au moment de l'opération une péritonite généralisée, tous les chirurgiens, je crois, considèrent le drainage comme indiqué.

9° *Ascite.* — Voilà ce que dit Sebileau dans sa thèse (1) : « Lorsqu'on opère une tumeur abdominale accompagnée d'ascite, si cette ascite est une ascite légitime, si l'extirpation du néoplasme est facile, s'il n'y a pas d'adhérences, si la quantité de liquide est peu considérable, s'il ne reste pas dans l'abdomen de cavités profondes, anfractueuses, cruentées et aptes à suppurer, un nettoyage minutieux suivi d'un lavage à grande eau suffit à assurer l'issue heureuse de l'opération. Dans tous les cas contraires, il faut drainer ». Je laisse de côté les cas où il existe « des cavités profondes, anfractueuses, cruentées et aptes à suppurer ». Ces cavités réclament le drainage, et il est bien clair que l'ascite n'est pas pour le contre-indiquer. Mais il s'agit de savoir si l'ascite est par elle-même une indication du drainage ? Je crois qu'on ne peut pas répondre d'une manière absolue à cette question. Les ascites ne sont pas toutes de même cause ni de même nature. Certaines réclament le drainage qui est inutile pour d'autres. C'est en étudiant la pathogénie des ascites qu'on arrivera à les distinguer avec précision. Ce qu'on peut faire pour le moment est sans doute très incomplet et très imparfait.

Atlee (2) divisait les ascites en trois groupes : 1° les ascites dépendant d'un obstacle à la circulation ; 2° les ascites dues à une irritation du péritoine ; 3° les ascites causées par une inflammation du péritoine. Pour être complet il faut ajouter les ascites dues à la rupture des kystes ovariques,

---

(1) Pierre Sebileau. *Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme.* Thèse de Paris, 1889, p. 91.

(2) Atlee. *Diagnosis of ovarian tumour*, 1872, p. 442.

et celles qui sont engendrées par la sécrétion externe des kystes, suivant le mécanisme indiqué par M. Quénu.

Si l'ascite est d'origine mécanique, si elle est due à la compression des vaisseaux par la tumeur, si elle a été produite par la rupture d'un kyste, ou par sa sécrétion externe, la tumeur enlevée, elle doit disparaître, aussi il me semble que dans ces cas le drainage est inutile. Si au contraire, elle est due à une irritation et à une inflammation du péritoine, il est peut-être bon de drainer.

Mais il faudrait savoir reconnaître la cause des ascites. Nous ne sommes pas très renseignés sur ce sujet, mais enfin nous avons des données. D'abord on peut reconnaître de visu l'irritation et l'inflammation du péritoine, et si peu que cela soit, c'est presque suffisant pour nous guider. En outre la nature du liquide peut nous fournir des renseignements. « Les ascites chyliformes, dit Sebileau, sont surtout le fait de la péritonite chronique. Les ascites gélatineuses proviennent d'une rupture du kyste ou de la sécrétion de ses végétations externes. Les ascites bilieuses sont ordinairement de provenance hémaphéique. Les ascites sanguines sont la conséquence ordinaire des tumeurs malignes. Cette loi n'est cependant pas absolue. » Ces renseignements, bien qu'imcomplets, seront souvent suffisants pour permettre de reconnaître si l'ascite doit persister ou disparaître après l'ablation de la tumeur, et par suite si le drainage est ou n'est pas nécessaire.

V. — Des irrigations par le tube à drainage.

Bardenheuer faisait toutes les vingt-quatre heures des irrigations par le tube. Martin l'avait d'abord imité ; mais déjà en 1882 il avait renoncé aux irrigations à la suite d'un accident que je rapporterai plus loin. En Amérique, Sims a imaginé un tube à double courant pour faciliter les lavages. Wylie (1)

(1) WYLIE. *Obs. Soc. of New-York*, 20 avril 1886.

en est peu partisan ; il ne les emploie que lorsque la température s'élève à 103 (Fahrenheit). Price (1) les rejette absolument. D'une manière générale, les irrigations par le tube à drainage sont presque abandonnées aujourd'hui, et c'est à juste titre.

Un malade de Martin (2), vieille femme décrépite, tomba dans le collapsus immédiatement après le second lavage et succomba sans trace d'infection septique. Chez une autre chaque lavage déterminait des vomissements.

Ce sont là des cas exceptionnels ; mais il y a d'autres raisons de renoncer à l'irrigation par les tubes. Au début, tant que le tube communique avec la grande cavité séreuse, il serait imprudent de lancer dans le péritoine une solution antiseptique, parce qu'on ne serait pas sûr de pouvoir la retirer, même en usant de l'aspiration. Cette solution pourrait donc être absorbée et intoxiquer le malade.

Au bout de 24 ou de 48 heures quand les adhérences sont établies ou en train de s'établir, l'injection pourrait les rompre, et remettre en communication avec la cavité péritonéale le foyer déjà isolé. Plus tard lorsque les adhérences sont assez solides pour résister à l'injection, il ne s'agit plus d'irrigation du péritoine, mais du simple traitement d'une plaie extra-péritonéale.

VI. — Moment et manière de supprimer le drainage.

Certains chirurgiens enlèvent les tubes au bout de 24 ou 48 heures. Si l'on s'en tient aux indications que j'ai étudiées, je crois qu'il faudra toujours les laisser plus longtemps, puisqu'ils ont surtout pour but de produire des adhérences isolatrices. Mais il est impossible de préciser le moment où il convient de les enlever. Cela doit être apprécié dans chaque

(1) Price. Obs. Soc. of Philadelphia. *Am. J. of obst.*, 1888, p. 526.
(2) Martin. *Loc. cit.*, p. 14, 1614.

cas particulier ; c'est affaire de tact chirurgical. Ce que je veux faire remarquer, c'est que toutes les fois qu'un drain est resté plus de 48 heures, il a déterminé des adhérences ; il est entouré d'un petit canal fermé, et par suite, lorsqu'on l'enlève, il reste à sa place un trajet fistuleux de dimension proportionnelle au drain. Si l'on enlevait tout d'un coup un drain volumineux, une grosse mèche iodoformée, l'orifice externe du petit trajet ayant plus de tendance à se cicatriser que ses parties profondes, il pourrait se produire des phénomènes de rétention. Il faut donc surveiller la cicatrisation de ce trajet, et employer des drains de plus en plus courts et de plus en plus étroits comme on le fait pour les autres plaies.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME

Par Sænger (1). Traduction par le Dr R. Labusquière.

(Suite.)

IV. — Évolution de la blennorrhagie.

La gonorrhée en tant qu'affection contagieuse des organes génitaux, a son maximum de fréquence dans l'âge adulte, par la raison qu'elle est la plupart du temps consécutive à un coït impur. Toutefois, l'infection peut se faire autrement. Le doigt, les éponges de toilette, l'eau des bains, etc., sont dans certains cas les agents intermédiaires de la contagion. C'est là son mode habituel chez les nourrissons et chez les enfants plus ou moins âgés. Chez les nourrissons, l'infection est produite soit par les sécrétions vaginales et virulentes de la mère, soit par l'écoulement d'une

(1) Communication faite à la *Medicinischen Gesellschaft* de Leipzig, voir *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, février 1890, p. 130.

ophtalmie gonorrhéique. J'ai moi-même observé chez une série d'enfants d'âges divers, atteints de gonorrhée et soumis à mon observation; il me fut possible de démontrer que c'était la mère qui avait été l'agent de transmission de la maladie. J'ai également constaté de véritables *épidémies de famille*, où père, mère et enfants furent successivement infectés. Enfin, on a relaté des *épidémies* de gonorrhée, observées dans des hôpitaux (Pott, Cseri, v. Dusch), et dans des pensionnats (Bouchut, Atkinson).

La gravité de la blennorrhagie chez les petites filles, vient de ce fait, qu'elle ne se traduit pas seulement par la vulvo-vaginite, mais qu'elle peut déjà, comme chez les adultes, quoique plus rarement, intéresser l'utérus, les trompes et le péritoine.

C'est précisément dans cette extension du processus infectieux à l'utérus, qu'il faut chercher l'explication de la ténacité si grande de la maladie chez les enfants, parce qu'à ce niveau elle reste inaccessible à nos moyens thérapeutiques.

Les faits de pyosalpingites que Säxinger auraient observées chez des sujets absolument vierges, resteraient inexplicables s'il ne fallait, en réalité, les mettre sous la dépendance de ces gonorrhées contractées sans coït impur.

Le seul cas connu jusqu'à présent, et à peu près authentique, de péritonite gonorrhéique généralisée rapporté par Welander, concernait une petite fille de cinq ans.

La contagion semble s'opérer le plus facilement chez les sujets en pleine puissance sexuelle (de 20 à 30 ans), et particulièrement durant l'état de grossesse; de là le nombre considérable de primipares contaminées qu'on rencontre dans les maternités. L'hyperhémie de la muqueuse, son état de laxité en rapport avec l'amincissement de son épithélium, permettent aux germes infectieux de la pénétrer plus facilement, et de s'y multiplier. Aussi, est-ce chez les femmes enceintes, que l'on observe les écoulements les plus abondants de pus gonorrhéique. Il n'est même pas rare de voir, à l'occasion

d'une grossesse, se produire des sécrétions purulentes profuses chez des femmes qui, avant d'être enceintes, n'avaient jamais eu d'écoulement génital abondant.

Nous avons déjà dit plus haut quels risques font courir à l'œuf (avortement plus fréquent, placenta prævia) et aux yeux de l'enfant (ophtalmie gonorrhéique), l'extension de la gonorrhée au corps de l'utérus.

Il convient d'insister ici sur ce fait que les micro-organismes de la gonorrhée ne provoquent jamais d'affection puerpérale ayant un caractère septicémique, de paramétrite, de pyohémie, etc. Toutefois la gonorrhée peut s'installer à côté de chacune de ces formes des accidents puerpéraux, donnant ainsi lieu à une *infection mixte*, *puerpéro-gonorrhéique*. D'autre part, il survient durant les suites de couches des états infectieux graves qu'on croirait, à première vue, ne pouvoir être créés que par une infection puerpérale des plaies ; en réalité, ils dérivent d'une infection gonorrhéique pure : *gonorrhoea in puerperio, pseudo-puerperale Tripperansteckung in Wochenbett*. Dans mon travail, communiqué à Munich, j'ai signalé des cas typiques de cet ordre, endométrite purulente, hémorrhagies graves, pelvi-péritonite exsudative, pyosalpinx... accidents isolés ou associés à de la paramétrite puerpérale.

Kaltenbach fait la remarque que les femmes enceintes, atteintes de gonorrhée, présentent assez souvent de la paramétrite. Cela s'explique par ce fait que le processus blennorrhagique altère les couches superficielles de la muqueuse cervicale, et que ces altérations favorisent la pénétration des agents de la paramétrite (les streptocoques, ainsi que Bumm l'a démontré récemment).

Je pourrais également démontrer que, durant les suites de couches, et particulièrement pendant les suites de couches tardives (de 3 à 8 semaines après l'accouchement), il survient, avec une fréquence relative, des formes graves d'infection gonorrhéique (salpingite, pelvi-péritonite). Ces accidents se développent aussi bien chez des femmes déjà infectées avant

la conception et en dehors de toute cohabitation nouvelle, que chez d'autres qui, peu après un avortement ou un accouchement à terme, sont contaminées par des sujets atteints de blennorrhagie aiguë ou chronique.

La salpingite et la péritonite puerpéro-septiques étant des complications presque toujours mortelles, il est rationnel quand, consécutivement à *un* accouchement, à un avortement, on constate une maladie des trompes, des annexes de l'utérus, du péritoine pelvien, de la considérer comme étant de nature gonorrhéique. A ce sujet, je m'élève nettement contre l'opinion d'A. Martin, suivant lequel la salpingite puerpéro-septique serait la plus fréquente.

Sur un total de 230 cas d'infection gonorrhéique, j'ai pu en relever 35, soit 16 0/0, dans lesquels j'ai dû rapporter l'affection gonorrhéique des annexes de l'utérus à des suites de couches, la plupart du temps uniques.

Krŏner a révoqué en doute et contesté la justesse de ces résultats que j'ai eu pourtant, dans la suite, l'occasion de confirmer d'une façon décisive. Il fait remarquer que, pour rassembler les éléments d'appréciation, il est allé voir, chez elles, des femmes qui avaient fait soigner à la clinique ophtalmologique de Breslau leurs enfants atteints d'ophtalmie gonorrhéique, qu'il les a soigneusement interrogées sur leurs antécédents, et de plus soumises à un examen, toutes les fois que celui-ci avait été accordé : 35 femmes seulement sur 95 furent examinées. En conséquence, les 58 autres cas ne possèdent aucune valeur démonstrative. En ce qui concerne les 35 autres femmes, Kröner déclare que plus de 15 avaient présenté à la suite d'un premier accouchement, ou après plusieurs, des accidents fébriles. Il indique également, pour quelques-unes, les particularités mises en évidence par l'examen Or, pour nous, il n'est pas douteux que ces femmes aient été atteintes d'affections péritonéales, dont un certain nombre étaient d'origine gonorrhéique. De plus, comme il ne dit pas, d'une manière précise, combien de temps après l'accouchement il a pratiqué ses recherches,

il peut très bien se faire que toute une série de ces femmes aient été malades plus tard.

D'autre part, Kröner n'a pas suffisamment tenu compte de deux faits, savoir : a) le nombre de mes observations était 6 fois plus considérable que celui des siennes ; b) il s'agissait dans les miennes de femmes atteintes de formes graves et à stérilité relative (1 enfant), et pour lesquelles il fallait rapporter l'inflammation aiguë des organes génitaux internes aux suites de couches tardives (Spatwochenhett).

Toutes celles qu'il a interrogées, au contraire, étaient des femmes qui n'avaient pas eu à consulter une seule fois un médecin, et qui en conséquence n'avaient eu que des accidents fort légers.

On peut invoquer pour expliquer les faits d'infection gonorrhéique tardive durant les suites de couches, le retour de la menstruation, la reprise des rapports sexuels, la plus facile propagation du processus au sein de la muqueuse régénérée, mais plus sensible, la plus grande béance des *ostia uterina*, la subinvolution de l'utérus, etc.

Je ne me serais pas si longtemps arrêté à cette controverse, si je n'eusse trouvé dans cette question de l'infection gonorrhéique tardive, durant les suites de couches, un très grand intérêt par rapport à cette autre question, actuellement en débat, l'auto-infection. *L'infection gonorrhéique est en réalité le type le plus pur d'auto-infection, avec cette restriction, qu'elle n'est pas produite par les micro-organismes de l'infection des plaies.*

Ce qui, relativement, est moins connu, moins étudié, c'est le *mode d'évolution de l'infection gonorrhéique à l'âge critique et dans la vieillesse.* Je crois que la vaginite sénile, si problématique, que les écoulements suppurés de l'utérus, les atrésies utérines compliquées de pyométrie, chez des femmes d'ailleurs tout à fait saines, sont, au moins en partie, sous la dépendance de la gonorrhée. En certains cas, et en particulier quand il y a fétidité du pus, c'est d'une infection mixte qu'il s'agit. J'ai parfois observé, chez des femmes âgées (l'une

d'elles vint à la consultation avec son enfant, dont l'un des yeux était presque perdu des suites d'une ophtalmie gonorrhéique, une sorte de sclérose de la muqueuse vaginale, et conjointement un rétrécissement considérable de ce canal. La muqueuse, semée d'ulcérations, sécrétait du pus en abondance, et il me fut impossible de voir dans cet écoulement du pus blennorrhagique pur.

On ne trouve pas dans les *symptômes* et dans la *marche* de la gonorrhée chez les femmes, entre le stade aigu et le stade chronique, des différences aussi nettes, aussi tranchées que chez l'homme.

En général, chez les personnes jeunes, qui n'ont pas encore accouché, les phénomènes aigus sont plus bruyants que chez les femmes à organes génitaux plus amples, plus relâchés, et, pour ainsi dire, à épithélium plus endurci.

Mais il est incontestable que l'intensité des accidents varie beaucoup suivant les sujets, et qu'elle est surtout modifiée par le plus ou moins de soins de propreté.

L'affection primitive, ou du moins isolée au début, de la vulve et de l'urèthre, cause naturellement plus de souffrance que celle du col de l'utérus. Mais, ce n'est point là cependant une condition qui permette d'établir nettement une distinction en un stade aigu et en un stade chronique, parce que, d'une part, une sécrétion profuse ne constitue pas un symptôme caractéristique de l'acuité, et que, d'autre part, les formes aiguës, graves, des affections gonorrhéiques des annexes, n'apparaissent que rarement à une période rapprochée du début de l'infection ; en général, elles ne surviennent que dans la période chronique de la gonorrhée. Le passage fréquent chez la femme de la gonorrhée chronique à l'état aigu, sous l'influence du coït, de la menstruation, de la grossesse, des suites de couches, est facilement reconnaissable.

On ne peut, en conséquence, accepter comme signes caractéristiques de l'état aigu, que l'apparition brusque de phénomènes inflammatoires violents, coexistant avec une sécrétion profuse de la muqueuse fraîchement contaminée.

C'est principalement chez les nouvelles mariées qu'on observe ces cas typiques. Quant à l'idée d'une « période latente » qu'on devrait placer entre le stade aigu et le stade chronique, idée que par analogie avec la syphilis, Nöggerath avait émise, on l'a abandonnée. Du moins, on entend aujourd'hui par « *latence* », qu'il s'agit d'un état purement subjectif, et que la plupart des cas « *latents* » sont en réalité des cas chroniques.

Il serait oiseux de s'attarder dans une description minutieuse des symptômes *subjectifs*, d'autant plus qu'ils n'acquièrent de véritable valeur que lorsqu'ils se trouvent réunis à des symptômes *objectifs* déjà suffisamment accentués. Il ne faut pas non plus tirer de conclusion des seuls renseignements anamnestiques, mais procéder à la recherche des phénomènes objectifs qui servent de base au diagnostic.

Les variétés de malaises qui décident les femmes atteintes d'infection gonorrhéique à consulter le médecin sont : un *écoulement* copieux, rebelle, irritant qui, durant la période aiguë provoque un *intertrigo* étendu, et, pendant la période chronique, donne lieu à un *prurit vulvaire*, parfois si pénible qu'il devient le symptôme dominant ; les phénomènes de *dysurie* et de *strangurie*, consécutifs à l'uréthrite gonorrhéique, en certains cas si marqués qu'ils ne le cèdent en rien aux phénomènes analogues observés chez l'homme ; la *pyurie*, qui défie toute espèce de traitement quand, suivant une marche ascendante, elle s'est propagée de la vessie aux bassinets ; *la difficulté de la marche, de la station assise*, liée aux excoriations des organes génitaux externes ou à l'inflammation des glandes de Bartholin.

Mais ce sont surtout des *douleurs*, de nature diverse, qui obligent la patiente à réclamer du secours. Prochownik et Hégar ont fait la remarque que les femmes atteintes de pyosalpingite, accusent généralement une douleur spéciale, localisée à l'hypogastre, douleur pulsatile, lancinante, rappelant celle du panaris. Les auteurs anglais signalent des douleurs à direction oblique, s'irradiant obliquement vers le ligament

de Poupart. Il ne faut pas dénier à ces sortes de douleurs une valeur jusqu'à un certain degré spécifique, par rapport à l'existence d'une affection de nature gonorrhéique des annexes, avec participation spéciale des trompes. On en tiendra surtout compte quand elles coïncideront avec un autre symptôme que je considère comme caractéristique de la salpingite : menstruation irrégulière, apparaissant tantôt toutes les 3 semaines et plus tôt, tantôt toutes les 5-6 semaines, mais, toujours, se produisant d'une manière profuse. Les douleurs les plus fortes, semblables à des coliques, paraissent survenir dans la salpingite interstitielle avec épaississement de la musculeuse, comme au début de la pelvi-péritonite. D'autre part, la rétrocession rapide, parfois en quelques jours, des douleurs et de la fièvre concomitante, malgré la production d'un exsudat abondant, est également spéciale à l'infection gonorrhéique. On ne connaît pas d'autre processus infectieux du péritoine dont les phénomènes aigus s'évanouissent aussi rapidement. Par contre, le stade chronique est des plus longs, et il est fréquemment interrompu par des poussées aiguës ou subaiguës, circonstances qui avaient conduit Nöggerath à admettre une forme spéciale de gonorrhée, la « *périmétrite récurrente* ».

Il existe parfois un contraste frappant entre l'intensité des phénomènes locaux et l'absence absolue de réaction de l'organisme ; l'état général ne présente rien d'insolite. Et, à voir certaines femmes, à la mine colorée, à l'aspect florissant, on ne soupçonnerait jamais qu'elles sont sous le coup d'une atteinte grave Mais il est plus fréquent de constater une altération de la santé générale et des phénomènes réactionnels en rapport avec le degré de la maladie locale. Souvent aussi il existe un amaigrissement prononcé, en même temps que des signes d'affaiblissement et d'anémie. On ne méconnaîtra pas non plus la défiguration produite par des taches de chloasma, ni l'aspect hâve qui rappelle celui des phtisiques arrivés à la dernière période, complications qui apparaissent comme effets de l'infection

gonorrhéique interne. D'ailleurs, la tuberculose elle-même, soit des poumons, soit des trompes ou du péritoine, se surajoute assez fréquemment à la maladie primitive. D'autre part, toutes les variétés de névroses, ayant un caractère hystérique, font d'autant moins défaut que ce sont précisément les régions de l'appareil génital, qu'on tient pour les principaux foyers de l'irritation cérébro-spinale hystérique, qui sont le plus profondément touchées et que l'état de dépression mentale entretenu par les regrets que cause une stérilité si commune au cours de la gonorrhée, ne contribue pas moins à favoriser l'éclosion de l'hystérie.

V. — Diagnostic de la blennorrhagie.

Les données cliniques seules, de même que les données bactériologiques, prises isolément, sont insuffisantes pour faire le *diagnostic* des affections gonorrhéiques chez la femme. Il faut pour que ce diagnostic soit à l'abri de tout reproche que l'examen clinique et bactériologique fournissent, conjointement, des résultats positifs.

Toutefois, il est certain que, dans la plupart des cas, les anamnestiques (en y faisant, bien entendu, intervenir le mari) et l'état clinique, et même celui-ci exclusivement, suffisent pleinement à l'édification du diagnostic.

De fait, l'examen bactériologique, *isolé*, n'entre pas en ligne de compte, parce que toujours il doit nécessairement reposer sur l'état clinique. C'est à juste titre qu'on s'est nettement élevé contre cette proposition formulée par Neisser, que la constatation de l'absence de gonococcus chez l'homme démontre que le sujet est guéri de sa gonorrhée. Que la recherche des gonococcus ait été pratiquée une fois et avec le plus grand soin, ou plusieurs fois, le résultat négatif des examens ne saurait constituer une preuve valable. Parce que, d'une part, les moyens dont nous disposons pour puiser le produit de sécrétion dans les parties profondes de l'urèthre de l'homme sont insuffisants, et que d'autre part, le

plus petit foyer de gonococcus peut être le point de départ d'une pullulation nouvelle de ces micro-organismes, et consécutivement présider à la transmission de la gonorrhée à la femme. Les faits cliniques démontrent sûrement qu'il peut en être ainsi. De même les recherches négatives des gonococcus dans les sécrétions des organes génitaux de la femme, ne sauraient suffire à démontrer qu'une femme n'a pas une infection gonorrhéique, ou qu'elle est définitivement guérie d'une gonorrhée.

A mon avis, c'est surtout au point de vue du *diagnostic différentiel* et pour des cas douteux, que l'examen bactériologique a de l'importance. Alors seulement, je le tiens pour utile et nécessaire ; il me paraît superflu dans la plupart des cas, lesquels se présentent à nous avec des caractères cliniques bien accentués. Si un gynécologue occupé voulait, systématiquement, faire cet examen dans tous les cas, nets ou douteux, obligation lui serait de s'attacher un assistant rompu aux difficultés des recherches bactériologiques, encore que celui-ci se montrerait hésitant bon nombre de fois, alors qu'on aurait le plus besoin de son secours.

VI. — Pronostic.

Le *pronostic* de l'infection gonorrhéique chez la femme, est évidemment plus sévère que chez l'homme, par la raison qu'elle atteint les organes de reproduction qui chez elle, en partie du moins, sont en rapport intime avec la cavité abdominale, ce qui n'a pas lieu chez l'homme. Les dangers associés à l'infection gonorrhéique existent pour la femme dès que l'infection, ayant dépassé le col, a atteint l'endométrium et les trompes. Il est exceptionnel que la suppuration des glandes de Bartholin, causée à l'origine par une infection gonorrhéique, aboutisse à une pyohémie mortelle. De même, il est rare qu'on soit en droit de placer dans une infection gonorrhéique le point de départ de catarrhes des bassinets ou de suppurations rénales terminés par la mort. Par contre,

le nombre des femmes qui meurent prématurément par suite d'affections gonorrhéiques des annexes de l'utérus et du péritoine, est loin d'être restreint. Mais, bien plus considérable est encore celui des femmes, qui subissent du fait de ces mêmes conditions, une atteinte profonde et définitive dans leur santé, leur genre de vie et leur capacité de reproduction.

Étant donnée la marche essentiellement chronique de l'infection gonorrhéique grave, la question de sa *curabilité* est fort difficile à résoudre. Jamais encore on n'a suivi et observé un sujet toute sa vie, avec le but de répondre à ce *desideratum* ; toutefois, on peut, de l'analyse de plusieurs catégories d'observations, tirer des conclusions satisfaisantes. Les formes légères de l'infection : uréthrite, vulvite, bartholinite, guérissent souvent d'une manière spontanée. Ces formes correspondent à l'hémorrhagie légère des corps caverneux de l'urèthre de l'homme. Mais, déjà la guérison de la vaginite gonorrhéique est plus incertaine ; je l'ai vue persister plusieurs années sans qu'elle présentât la moindre modification et je l'ai encore retrouvée dans la vieillesse. Toutefois, elle peut guérir tout comme l'endométrite. Et, au cours de celle-ci, on voit parfois à une sécrétion, au début purulente ou muco-purulente et de grande abondance, se substituer un écoulement rare, simplement muqueux.

Il est absolument avéré que même les formes les plus graves de l'infection gonorrhéique des annexes utérines, etc., guérissent ; mais elles entraînent toujours des altérations anatomiques, qui sont définitives alors même qu'il ne resterait plus un seul gonococcus. La cessation des rapports sexuels, l'affaiblissement des fonctions génitales sous l'influence de la ménopause, exercent une influence sûre, manifeste sur la guérison des affections gonorrhéiques.

La connaissance si précise que nous avons à l'heure actuelle de la marche de l'infection gonorrhéique chez la femme nous permet de modifier profondément le pronostic au moyen du traitement. Ce traitement a subi à notre époque un perfec-

tionnement considérable, et l'opinion pessimiste que s'était formée Nöggerath, quant à l'incurabilité de la gonorrhée, n'est plus soutenable. (*A suivre*).

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Curage de l'utérus.

Parmi les procédés nombreux qui ont été mis en usage déjà dans le traitement intra-utérin de l'endométrite totale, le curage est un de ceux qui ont été en ces derniers temps le plus fréquemment employés. Je n'ai pas l'intention de critiquer les autres procédés, mais je tiens à dire que le curage de l'utérus me semble réaliser les meilleures conditions; il a pour lui la facilité d'exécution, l'efficacité thérapeutique, l'innocuité absolue.

L'exécution du curage de l'utérus est en effet assez simple; s'il n'est pas absolument à la portée de tous les praticiens, il suffit d'une légère habitude chirurgicale pour pouvoir l'exécuter convenablement, d'autant qu'il a été peu à peu débarrassé d'un certain nombre d'impédimenta. Voici comment nous l'exécutons dans le service de clinique de la Charité.

Quelques jours de repos d'abord avec injections vaginales de sublimé en solution au 1/1000, ou de biiodure de mercure en solution au 1/10000; puis dilatation avec des tiges de laminaire ayant séjourné 15 jours au moins dans l'éther iodoformé. Chaque application de tige de laminaire s'accompagnant d'un lavage soigneux du vagin au doigt et du col utérin avec le spéculum, on tamponne ensuite la cavité vaginale avec des bandelettes de gaze iodoformée. La vulve est elle-même nettoyée et lavée avec la solution de biiodure de mercure, avec le plus grand soin. Généralement nous appliquons 3 tiges de laminaire d'un volume de plus en plus gros; mais il est possible d'intervenir après la deuxième tige, et même la première. C'est ce que nous avons fait dans certains cas où l'intervention était tout à fait pressante. On peut d'ailleurs faire la dilatation extemporanée, mais elle n'a pas les avantages manifestes de la dilatation avec la laminaire, dilatation progressive; qui modifie les conditions de vascularisation de l'utérus, entraîne

son ramollissement et paraît jouer un rôle important dans le mécanisme de la guérison. Ces soins préliminaires étant pris, le terrain opératoire se trouve déjà notablement bien préparé à l'asepsie ; on complète celle-ci au moment de l'opération :

1° Par le lavage de la vulve et de la région pubienne avec le savon, puis la solution de biiodure de mercure.

2° Le lavage au doigt et à l'aide de la même solution de la cavité vaginale, et de la surface du col : le lavage au doigt a le grand avantage d'aller jusque dans leur profondeur nettoyer les culs-de-sac. Ces lavages sont considérablement facilités par l'usage d'un récipient en métal ou mieux en cristal, pourvu d'un long tube en caoutchouc terminé par une canule également en verre : un petit appareil à pression placé sur le trajet du tube à portée de l'opérateur facilite l'arrivée ou l'interruption du jet venant du récipient tenu élevé.

3° L'introduction dans l'utérus à l'aide de la seringue de Braun d'une petite quantité de glycérine créosotée. A ce moment on peut pratiquer le curage, mais il est bon, et c'est une précaution qu'avec M. le professeur Trélat nous prenons toujours, de pousser plus loin la dilatation à l'aide de bougies d'Hégar. D'ailleurs cette dilatation sur un utérus ramolli devient généralement aisée, sauf le cas de flexions très accusées, et peut être facilement portée jusqu'au 16 des bougies d'Hégar.

Nouveau lavage vaginal et cervical puis curage. Mais ici un petit point mérite de nous arrêter. Faut-il abaisser l'utérus, ou ne pas l'abaisser. Ad libitum, sauf le bon vouloir de l'utérus. Si cet organe se laisse descendre facilement, amenez-le à la vulve, vous aurez l'avantage de travailler presque à ciel ouvert; s'il résiste, inutile d'insister, d'autant mieux qu'il est très facile de pratiquer avec le spéculum pourvu que celui-ci ne soit autre que le spéculum à 3 valves de Collin, ou mieux le spéculum à 2 valves avec charnière unilatérale que M. Trélat a fait construire par Collin. A défaut de ce spéculum, on peut employer les valves de Sims qui ont l'inconvénient de nécessiter la présence d'un aide. Avec l'utérus descendu à la vulve ou avec le spéculum Trélat, l'opérateur agit seul, un seul aide chargé du chloroforme lui suffit.

Nous possédons pour le curage 3 instruments principaux, la curette de l'auteur de la méthode Récamier; la curette de Sims, celle que M. Trélat avait fait fabriquer par Collin pour le curage des fosses nasales, assez semblable en apparence à celle de Sims,

parce que comme elle, elle est en forme d'anneau tranchant, mais en différant cependant notablement par ce fait que, 1° l'anneau est perpendiculaire sur le manche, 2° qu'il est tranchant par sa périphérie; enfin la curette de Volkmann, montée sur un long manche. C'est à cette dernière que je donne de beaucoup la préférence; elle est plus solide, mieux en main, elle permet d'agir plus énergiquement, en outre elle permet, par sa forme en cuiller, d'évacuer de l'utérus les produits grattés.

L'opération effectuée, nouveau lavage vaginal et cervical, puis écouvillonnage avec l'écouvillon ayant trempé dans une solution fortement antiseptique et imbibé de glycérine créosotée. Cet écouvillonnage a l'avantage de ramener les débris de muqueuse restés dans la cavité utérine, cependant avec l'emploi de la curette de Volkmann d'une part, et du lavage utérin tel que nous allons l'indiquer d'autre part, on peut à la rigueur le supprimer.

Ce lavage intra-utérin, je le fais avec la solution de biiodure de mercure au 1/10000, mais on peut le faire comme M. le Dr Segond, avec la solution phéniquée au 1/20. M. le professeur Trélat le fait avec le dilatateur de Busch qu'il introduit dans la cavité utérine, et qu'il maintient dilaté de la main gauche, pendant que de la droite il introduit entre les branches de l'instrument la canule de verre servant aux lavages. On peut lui substituer la sonde intra-utérine de M. Segond construite par Collin et dont le principe est absolument un dilatateur de Busch à 4 branches avec une canule intérieure. L'avantage de ce mode de lavage c'est que le col est très largement ouvert, et que non seulement le liquide, mais encore les débris de muqueuse, s'écoulent facilement au dehors.

Ce lavage effectué, on retire le spéculum pour bien laver au doigt le vagin, puis on tamponne avec des lanières de gaze iodoformée, et l'opération est achevée. Elle ne demande dans tous les cas que fort peu de temps.

Les soins ultérieurs sont très simples : le lendemain de l'opération, lavage vaginal, et réintroduction de gaze iodoformée. Au bout de 3, 5 et 7 jours, on renouvelle ce pansement, puis on fait simplement des injections antiseptiques. On laisse la malade au lit jusqu'aux prochaines règles, après lesquelles on juge du résultat obtenu.

Ce résultat est toujours très bon, lorsque bien entendu le curage a été judicieusement appliqué. Nous avons pu en juger dans plus

de 150 interventions de cette nature. Le résultat dans la grande majorité des cas a été très bon de suite, dans un petit nombre de cas il a fallu compléter cette action de la curette par de petits soins locaux nécessités par la persistance d'un peu d'endométrite du col ; l'attouchement intérieur avec le crayon de nitrate d'argent, ou d'iodoforme, avec la teinture d'iode, avait rapidement fait disparaître cette inflammation du col. Dans un très petit nombre de cas, le premier curage n'a amené qu'une amélioration, il a fallu recourir à un 2e curage pour obtenir un succès complet.

La plupart des échecs que l'on a indiqués, et que l'on objecte encore contre le curage, sont dus, je crois, à ce que le traitement n'a pas été assez intensif. Il n'y a pas bien longtemps encore que l'on ose attaquer la muqueuse utérine, et il reste encore dans l'esprit de quelques-uns sinon des doutes du moins des craintes ; et, sous l'influence de ces craintes, on gratte un peu plus rapidement, un peu légèrement : or il faut que la curette passe et repasse aux mêmes endroits, il faut qu'elle gratte *avec énergie*, jusqu'à ce que l'opérateur *sente* la résistance de la musculeuse, jusqu'à ce qu'il entende le *cri particulier* de cette tunique.

C'est pratiqué avec cette intensité, sans danger, d'ailleurs, que le curage utérin est capable d'amener les excellents résultats qu'il donne.

Un dernier point nous reste à examiner dans cette rapide esquisse du curage de l'utérus; la question du danger qu'il peut présenter. Or je n'hésite pas à répondre que ce danger est absolument illusoire, à une condition pourtant, à une seule, mais condition capitale : c'est que l'intervention s'accompagne d'une asepsie absolue. Sans aseptie tous les dangers des infections septiques sont possibles; réduits à leur minima ces dangers se traduisent par la suppuration intra-utérine.

Avec l'asepsie tout est possible; et il y a déjà longtemps que notre maître M. le professeur Trélat a dit : avec l'aseptie, on peut explorer, dilater, inciser, gratter l'utérus, sans qu'il réagisse, et il l'a démontré, car c'est par milliers que se traduisent les explorations intra-utérines dans son service de clinique chirurgicale. Une nouvelle preuve de cette innocuité résulterait, s'il était nécessaire, de ces mobilisations d'utérus fixés que nous avons faites par le massage même violent intra-utérin, et au cours desquelles aucun accident n'est survenu.

Dans aucun de nos curages nous n'avons observé l'élévation de la température au-dessus de 38°, et très exceptionnellement nous avons eu même 38°, pendante 24 ou 36 heures, élévation minime due à la rétention d'un peu de sang dans l'utérus. Cette rétention était bien plus fréquente quand, au début, nous mettions dans l'utérus, après le curage, une tente de gaze iodoformée.

B. POTHERAT.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

COMPTE RENDU DE LA QUATORZIÈME RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE GYNÉCOLOGIE, TENUE A BOSTON, LES 17, 18 ET 19 SEPTEMBRE 1889.

Obstétrique. — GARRIGUES (de New-York) lit un mémoire sur l'usage que l'on devrait faire et l'abus que l'on fait des *injections antiseptiqnes dans la pratique des accouchements*. Il a recueilli lui-même 22 cas d'empoisonnement par le bichlorure; pour éviter de tels inconvénients il se sert de créoline à 2 0/0 et n'emploie pas la sonde à double courant. Plusieurs de ses collègues partagent son avis : LUSK (de New-York) prétend que la fétidité des lochies ne commande pas nécessairement la douche intra-utérine, car elle peut provenir d'une métrite catarrhale ordinaire. POLK (de New-York), au lieu d'injection, touche les parois de la cavité utérine avec un tampon imbibé de solution de bichlorure.

DUDLEY et GILL WYLIE (tous deux de New-York) se demandent si les *accidents observés à la suite de l'accouchement* ne sont pas dus à la présence d'une pyo-salpingite, et HOWARD KELLY discute le bénéfice que pourrait procurer dans les cas désespérés l'extirpation de l'utérus par la laparotomie.

WARREN SAWYER (de Chicago) lit un travail sur les *causes du placenta prævia* : tout au début de la grossesse et sous l'influence de causes accidentelles l'œuf se détacherait de la muqueuse de l'utérus : il tomberait ainsi à la partie inférieure de la cavité utérine où il se fixerait de nouveau.

Lecture est donnée d'un mémoire adressé par MARTIN (de Berlin), et intitulé : *la grossesse et les déviations de l'utérus en arrière*. L'auteur conclut que la rétroflexion n'est pas un obstacle

sérieux à la conception et que la grossesse dans de telles conditions ne présente pas de danger.

KOLLOCH (de Cheraw) étudie l'*immunité que la vaccination de la mère peut conférer au fœtus*. Il a vacciné 36 femmes enceintes dont 14 primipares et 22 multipares ; les enfants de toutes ces femmes out été vaccinés dans les meilleures conditions ; or, sur les 14 enfants issus des primipares, la vaccination n'a échoué que 5 fois : tandis que sur les 22 des multipares, elle est restée 16 fois sans résultat. L'auteur explique ces résultats par ce fait que la circulation utéro-placentaire est beaucoup plus active à la fin de la grossesse qu'au début, chez les multipares que chez les primipares.

Gynécologie. — La *chirurgie utérine* a tenu une grande place dans les discussions au congrès. Les *fibromes utérins* ont donné lieu à une série de communications. MUNDÉ (de New-York) croit que l'on a exagéré l'efficacité du traitement électrique et reste convaincu que bien des fibromes pour lesquels on intervient aujourd'hui ne sont en réalité justiciables d'aucun traitement. GILL WYLIE fait remarquer que leur transformation en tumeur maligne n'est pas chose rare et nécessite l'hystérectomie. Quant aux fibromes hémorrhagiques, sa conviction est que l'hystérectomie dont la mortalité est aujourd'hui tombée à 10 0/0 remplacera avantageusement la castration tubo-ovarienne. Avec CHADWICH (de Boston) il n'a qu'une médiocre confiance dans le traitement électrique.

BYRNE (de Brooklyn) apporte au congrès une statistique de 367 cas de *cancer de l'utérus* traités par le galvano-cautère ; REAMY fait le procès à cet instrument et JACKSON clot la discussion en disant que les trois méthodes de traitement du cancer utérin (cautérisation, amputation, hystérectomie) ont chacune leur indication spéciale.

POLK aborde le *traitement chirurgical de la rétroversion* et s'arrête aux conclusions suivantes : dans le cas où il y a lieu d'enlever en même temps les annexes, l'opération de Tait (raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds) est préférable ; si au contraire on ne doit pas toucher aux annexes, on a le choix entre les divers procédés de ventro fixation. A la suite KELLY décrit tout au long son procédé.

Boldt (de New-York) fait ressortir les avantages de ce qu'il appelle la *trachélorrhaphie intermédiaire*, c'est-à-dire la trachélorrhaphie pratiquée immédiatement après la cessation des lochies.

Le président Wilson (de Baltimore) pose la question suivante : peut-on pratiquer une *laparotomie immédiatement avant ou pendant la menstruation ?* Il y répond affirmativement ainsi que la majorité de ses collègues.

La *menstruation* est étudiée à un autre point de vue par Gerhung (de St-Louis), qui considère le flux menstruel comme une véritable hémorrhagie avec ses conséquences pathologiques ; aussi propose-t-il de le supprimer. Plusieurs membres protestent.

Ashby (de Baltimore) affirme que les dangers et les difficultés de la laparotomie ont été grossis à plaisir et ses vrais résultats méconnus ; il la recommande comme moyen de diagnostic, car pour lui la *laparotomie exploratrice* ne doit pas avoir de mortalité. A l'appui de cette opinion vient un travail de Coe : les *décès survenus à la suite de l'ovariotomie* ne doivent pas tous être mis sur le compte du choc, de la péritonite, ou de la septicémie ; dans bien des cas, la mort est due à une lésion viscérale, cardiaque, pulmonaire, rénale ou gastro-intestinale.

La *pathologie rénale* a fait l'objet de deux communications. un long travail d'Engelmann (de St-Louis), traite des *troubles rénaux consécutifs aux affections pelviennes ;* il appelle l'attention sur diverses formes de néphrite, sur les pyélo-néphrites résultant de la compression des uretères, sur les lésions de l'appareil excréteur et insiste sur l'irritabilité réflexe de l'uretère, de la vessie et de l'urèthre. Emmet croit que bien des pyélo-néphrites sont justiciables du cathétérisme des uretères. Chadwick (de Boston) communique une observation de *néphrotomie pour calcul du rein :* malgré la netteté des symptômes, on ne trouva aucun calcul à l'incision du rein, ce qui montre la difficulté d'un tel diagnostic. L'auteur rappelle que dans plusieurs cas l'incision du rein a suffi pour faire disparaître la douleur. Tiffanj a rapporté un cas de névralgie rebelle du rein, guérie par l'incision de la capsule.

Jackson (de Chicago) a observé un cas de *lipome abdominal faisant croire à une tumeur de l'ovaire :* au lieu d'un kyste, la laparotomie fit découvrir un énorme lipome lobulé siégeant en arrière du péritoine dans l'épaisseur du repli mésentérique ; on recula devant l'ablation, on referma le ventre et la malade guérit.

GORDON, LEE, BARKER rappellent dans la discussion qu'ils ont observé des cas analogues suivis de mort et tous reconnaissent la gravité extrême de l'extirpation de tumeurs de cette nature.

PAUL NOGUÈS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance des 4 et 11 février 1890

Sur la prescription des antiseptiques par les sages-femmes. — Dans sa séance du 1er mars 1889, le Comité de Direction du service de l'hygiène ayant soulevé la question de savoir : s'il ne conviendrait pas d'autoriser, par dérogation aux prescriptions de l'ordonnance du 29 octobre 1846, les pharmaciens à vendre des substances antiseptiques sur la prescription des sages-femmes pourvues d'un diplôme, le Ministre de l'intérieur pria l'Académie de délibérer sur cette question et de lui transmettre dans le plus bref délai possible une copie de sa délibération.

Une commission composée de MM. Bourgoin, Guéniot et Budin, rapporteur, proposa dans la séance du 2 juillet de répondre au Ministre :

« On peut autoriser les pharmaciens à délivrer des solutions aqueuses contenant de 1 à 4 pour 100 d'acide borique ou de 1 à 5 pour 100 d'acide phénique sur la prescription d'une sage-femme, prescription datée et signée. »

Après une discussion à laquelle prirent part MM. Brouardel, Charpentier, Le Fort, Tarnier, unanimes à blâmer les conclusions du rapport, l'Académie en prononça le renvoi à la commission avec adjonction de MM. Brouardel, Tarnier et Nocard.

C'est au nom de cette nouvelle commission que M. Budin après avoir montré la nécessité de la pratique antiseptique par les sages-femmes, exposé les règlements sur la matière en vigueur dans les pays voisins et les raisons qui ont déterminé en faveur du seul sublimé le choix de la majorité de la commission, a proposé à l'Académie de voter les conclusions suivantes :

« Il est indispensable de permettre aux sages-femmes l'emploi de substances qui peuvent empêcher la propagation des maladies puerpérales.

Pour plus de simplicité et pour éviter les erreurs, les sages-

femmes ne devront recourir qu'à un seul antiseptique, dont la dose sera toujours la même.

Il faut donc autoriser les pharmaciens à leur délivrer des paquets de sublimé ainsi composés :

Sublimé corrosif................	25 centigrammes.
Acide tartrique............... ...	1 gramme.
Rouge de Bordeaux.............	1 milligramme.

Sur chaque paquet qui, conformément à la loi, portera une étiquette rouge, seront écrits ou imprimés ces mots :

SUBLIMÉ, 25 CENTIGRAMMES

Pour un litre d'eau

TOXIQUE

En outre, comme il est nécessaire que les sages-femmes aient à leur disposition une substance antiseptique pour enduire leurs mains et les instruments, les pharmaciens pourront également leur donner des doses de 30 gramme de la vaseline au sublimé à 1 p. 1000.

Ces paquets et cette vaseline au sublimé constituent donc les seules substances antiseptiques que les sages-femmes seront autorisées à prescrire ; les dangers d'intoxication sont ainsi tellement réduits qu'on peut les considérer comme à peu près nuls. Du reste, on parle souvent de ces dangers du bichlorure de mercure et on oublie trop ceux de la septicémie. On peut compter, vous l'avez vu, les cas d'empoisonnement attribués au sublimé. En obstétrique, au contraire, le nombre des existences qui ont été conservées grâce à cet antiseptique est incalculable.

Votre commission a donc la ferme espérance que vous voudrez bien accepter ses conclusions. »

De la discussion qui a suivi cette nouvelle rédaction il résulte que la majorité de la section d'obstétrique est comme naguère opposée à la réglementation proposée.

M. Guéniot proteste contre le choix du sublimé « toxique des plus violents » qu'il serait d'une extrême imprudence de confier « aux modestes sages femmes des champs » ordinairement peu instruites et plaide en faveur de l'acide phénique et du thymol.

M. Charpentier réclame pour les sages-femmes la liberté pleine et entière du choix de l'antiseptique à employer, la libre pratique de

l'antisepsie avec toutes les responsabilités qui en découlent pour elles.

M. Tarnier disait de même au mois de juillet dernier : « Il me semble qu'il faut laisser aux sages-femmes une certaine liberté dans le choix des antiseptiques, car les progrès de la science peuvent nous mettre à chaque instant en présence de nouveaux produits, de telle sorte que si on limite légalement la liste des antiseptiques que les sages-femmes pourront prescrire, on sera obligé à de perpétuels remaniements du texte des règlements. Aussi suis-je d'avis qu'il faut permettre aux sages-femmes l'usage de tous les antiseptiques. »

Néanmoins l'Académie adopte à l'unanimité moins deux voix l'ensemble du rapport après substitution (sur la proposition de M. Laborde) du mot *poison* au mot *toxique* et sous réserve du choix du colorant, M. Laborde ayant fait judicieusement observer que le Rouge de Bordeaux proposé par la commission « réaliserait la coloration la plus capable d'inviter à une méprise : celle du vin même très dilué ».

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

Janvier, février et mars 1890.

Fibromes du ligament large. — D'après M. Tillaux, il faut distinguer *les fibromes du ligament large proprement dit*, variété rare de tumeurs nées dans le ligament large, énucléables, indépendantes de l'utérus et les *fibromes de la corne utérine* qui s'insinuent entre les feuillets du ligament large. C'est à un de ces *fibromes inclus* qu'a eu affaire M. Terrillon qui a pu enlever avec succès une tumeur de 19 kilogr., la partie inférieure de l'utérus étant effilée et libre il en fit la section, cautérisa la muqueuse utérine et ferma le moignon suivant le procédé de Schrœder avec six fils de soie fine. Lavage du péritoine. Réunion complète. Guérison en 28 jours. — M. Reclus a extrait d'un ligament large un énorme fibrome, dont la décortication donna lieu à une hémorrhagie abondante qui s'arrêta spontanément une fois la tumeur totalement enlevée. — M. Richelot rapporte une observation de laparotomie pour fibromyôme que l'opérateur M. Millet Carpentier considère comme d'origine ovarienne, mais qui sem-

ble beaucoup plutôt à M. Richelot un cas de fibrome inclus dans le ligament large.

Ovariotomie. — M. PEYROT rapporte 3 ovariotomies faites par M. LEDRU; celui ci applique sur le pédicule un gros catgut au-dessus de la ligature en chaîne, précaution inutile si celle-ci est bien faite.

Fibrome d'une cicatrice d'ovariotomie. — M. LE DENTU communique un fait de fibrome ayant débuté au bout d'un an dans une cicatrice de laparotomie pour kyste ovarique. A une objection de M. TERRILLON qui demande s'il ne s'agirait pas là d'une récidive de kyste ovarique dans la cicatrice, M LE DENTU répond que, depuis 20 mois, il n'y a pas de récidive et que l'examen histologique, fait par M. PILLIET, a démontré qu'il s'agissait d'un fibrome.

Électrisation des myômes utérins. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE considère l'électrisation comme un excellent palliatif, surtout chez les femmes âgées. Il se contente actuellement d'appliquer sur le col utérin un pôle en forme de tampon, entouré à sa face externe d'une substance isolante pour protéger le vagin. Il est inutile de pénétrer dans la cavité cervicale à condition de faire de fréquents renversements des courants.

Traitement de l'endométrite par le curage.

M. BOUILLY. — Il y a déjà assez longtemps qu'on s'occupe de traiter l'endométrite par le curettage, mais les documents sont encore insuffisants sur les indications et sur les résultats définitifs. Or, depuis 1887, j'ai fait 81 curettages, dont 15 en ville et 36 à l'hôpital. N'était l'exiguïté de mon service, j'aurais pu en faire une centaine à l'hôpital, et je me suis rendu compte, sur les cas non opérés, avec quelle lenteur les moyens simples, les injections donnent des améliorations.

Je ne parlerai aujourd'hui que des cas simples, à l'exclusion de ceux où le curage a été le complément d'une opération de polype, d'une myomectomie. J'étudierai cependant les cas associés à une lésion peu avancée des annexes. J'ajouterai que le curettage a toujours été précédé de longs essais d'autres moyens, dirigés soit par moi, soit par d'autres chirurgiens.

Les indications principales sont : 1° les pertes sanguines; 2° les

pertes blanches abondantes; 3° les douleurs pelviennes, sacrées, au moment des règles ou entre elles. Mais j'ajouterai que les douleurs ne sont jamais à elles seules une indication

Rien de bien neuf sur le manuel opératoire. Douze fois j'ai opéré sans chloroforme : bien vite j'y ai renoncé car il y a une légère douleur que mieux vaut éviter, et sous l'anesthésie on agit avec moins de précipitation. J'ai toujours dilaté à la laminaire en 48 heures, avec deux tiges dont la première est fort petite et est changée au bout de 24 heures. De la sorte, les douleurs sont à peu près nulles : à peine une heure ou deux de petites tranchées, et souvent rien du tout. Après antisepsie vaginale, l'utérus est abaissé puis curé. Je fais ensuite une injection, à la seringue de Braune, de teinture d'iode ou de glycérine créosotée pour la métrite muco-purulente; de chlorure de zinc pour la métrite hémorrhagique. Pendant les premiers jours, je fais un tamponnement antiseptique du vagin, et je ne le supprime que tard; car je crois que bien des récidives ne sont que des réinoculations.

Mes résultats immédiats confirment ce qu'on a déjà dit : accidents nuls, bénignité absolue. Dans nombre de cas, la douleur abdomino-pelvienne antérieure tombe comme par enchantement. Mais c'est surtout des résultats tardifs que je désire vous entretenir, d'après 69 cas que j'ai pu suivre et qui se décomposent en : 39 guérisons; 15 améliorations; 15 insuccès.

Les guérisons sont surtout fréquentes dans la métrite hémorrhagique : j'en compte 19. J'en compte 20 d'endométrite muco-purulente, dont une d'endométrite caséeuse à odeur infecte comparable au coryza caséeux. Parmi ces guérisons sont 3 malades dont les annexes étaient un peu douloureuses avant l'opération; mais dans ces circonstances la douleur abdominale est lente à disparaître. J'ajouterai immédiatoment qu'en cas de lésion tubaire il n'y a souvent rien à attendre du curage.

J'ai dit : amélioration, pour les cas où un ou plusieurs des symptômes ont disparu, et je n'y range que 15 cas, parce que j'ai été très sévère et j'ai mis dans les insuccès les améliorations médiocres. Ces insuccès, au nombre de 15, concernent 4 métrites hémorrhagiques et 11 muco-purulentes. Il est important de rechercher leur cause. Or, une fois je reconnais avoir fait une opération insuffisante, bornée au col. Assez souvent il s'agit d'une vraie réinfection, la femme faisant sans soin, ou même pas du tout, les in-

jections qu'on lui a recommandées. En troisième lieu, j'attirerai l'attention sur 4 cas de métrite cervicale : l'infection atteint les culs-de-sac glandulaires profonds qu'on ne fait qu'ébarber et le résultat est nul ; il faut dont agir autrement, et surtout s'adresser à l'opération de Schroeder. Enfin, j'ai eu 4 insuccès dans des cas avec lésions des annexes : 3 pyosalpingites et 1 dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire.

C'est précisément sur ces derniers faits que je puis m'appuyer pour formuler une conclusion.

Depuis 1885, j'ai fait 63 curettages sans aucun accident ; sur 15 métrites hémorrhagiques, j'ai eu 15 succès, dont 3 il est vrai, ont nécessité un second curage, fait que je n'ai plus observé depuis que je fais un tamponnement intra-utérin ; 32 métrites muco-purulentes m'ont donné 21 résultats parfaits et 11 améliorations passagères. A mon sens, donc, le curage est toujours à tenter, car il est bénin et procure toujours au moins une rémission. Rémission que j'ai même observée, très nette pour les pertes sanguines, dont 4 sarcomes intra-utérins causant des métrorrhagies. Je terminerai par la mention de 12 métrites avec salpingite : là je n'ai eu que des résultats passagers ou nuls.

Je crois que le curettage est indiqué dans l'endométrite invétérée, mais simple. Là, surtout dans les formes hémorrhagiques, c'est une précieuse ressource. Mais il réussit mal dans le catarrhe glandulaire cervical, et surtout ses résultats sont incertains quand il y a des lésions des annexes.

M. Terrillon. — Mon manuel opératoire est celui de M. Bouilly, sauf que j'ai fait construire une curette spéciale. Pour le pansement, depuis 2 ans, je fais un tamponnement intra-utérin avec une mèche de gaze iodoformée, stérilisée à l'étuve ; je m'en suis bien trouvé, souvent pour la métrite hémorrhagique où j'avais auparavant eu deux insuccès. C'est un moyen pour diminuer les chances de réinfection : mais cette réinfection a souvent pour agent les canules en gomme, bien vite d'une malpropreté considérable, dont les malades se servent pour faire leurs injections.

Il faut donc opérer la salpingite. Mais avant ou après la métrite ? C'est là un point important. A ce point de vue, j'ai deux observations, une d'hémato-salpingite et l'autre de pyosalpingite où, après la laparotomie, l'utérus est resté gros et saignant et le curettage a fait merveille.

M. Championnière. — J'ai peu d'expérience personnelle sur le curettage : Je prendrai néanmoins la parole, pour constater avec plaisir, tout d'abord, que M. Bouilly pèse avec soin les indications, et dès lors ne fait qu'une trentaine de curages par an. Cette proportion est absolument raisonnable et contraste avec certaines pratiques vraiment exubérantes.

Pour les diverses opérations intra-utérines, je fais un tamponnement vaginal et ensuite je ne fais pas d'injection car, comme l'a indiqué M. Terrillon, c'est plus qu'on ne le croit une cause d'infection.

Je constate avec plaisir que MM. Bouilly et Terrillon sont d'accord sur l'inefficacité du curage, en cas de lésion des annexes. J'ajoute même que parfois la lésion des annexes en est aggravée. Il faut donc enlever ces annexes, et cela fait, il persiste parfois des écoulements utérins qui ne sont donc pas dus, quoi qu'on dise, à l'évacuation de la trompe par l'utérus. A mon sens, il faut faire jouer ici un grand rôle à la congestion utérine. Ces écoulements cessent peu à peu, sans qu'on les traite directement. Au reste, j'ai l'habitude de ne guère m'occuper du vagin et de l'utérus quand j'opère sur les annexes.

M. Kirmisson. — J'ai obtenu quelques très bons résultats dans l'endométrite hémorrhagique, par la simple dilatation extemporanée du col, suivie du tamponnement iodoformé de la cavité, sans curage.

M. Segond. — Je reviendrai en détail sur mes observations. Je dirai seulement, aujourd'hui, que je suis de l'avis de M. Bouilly pour les cas avec salpingite ; et même trois fois, dont deux sur des malades curées par un autre chirurgien, j'ai dû faire la laparotomie dans la quinzaine, car la lésion tubaire était aggravée. J'ai vu deux femmes chez qui, après la laparotomie, le curage a été indiqué et efficace.

M Terrier. — J'ai une assez grande expérience du curettage utérin, mais à ce point de vue ma pratique est surtout hospitalière. C'est dire que j'ai peu de renseignements sur les résultats définitifs.

Mon manuel opératoire est assez différent de celui de M. Bouilly. Je mets plus longtemps à dilater le col : 5 à 6 jours et même plus ; 8 à 10 jours quand il y a un utérus volumineux, dévié. On parvient ainsi à introduire dans l'utérus une grosse éponge préparée

(malgré laquelle, soit dit en passant, j'ai vu les règles se passer le mieux du monde), et les manœuvres sont alors aisées, d'où une exactitude plus grande du curettage. Pour la curette, peu m'importe son modèle. J'insiste sur le raclage du col et des lèvres du col. Au début, je laissais un tampon intra-utérin, dans la crainte de l'hémorrhagie ; j'y ai renoncé. Je cautérise la surface grattée au chlorure de zinc au 1/10e. Très souvent je mets un drain dans la cavité utérine, drain qui tombe de lui-même avec le dernier tampon. Les tampons une fois retirés, je prescris des injections antiseptiques.

Les accidents sont nuls, mais j'ai observé un incident : des vomissements qui durent parfois 24 heures, 48 heures.

Quand il y a nettement des lésions des annexes, les résultats du curage sont nuls. Peut-être a-t-on des succès pour des lésions tout à fait au début, caractérisées par de la douleur seulement, sans tumeur appréciable.

La réinoculation par les canules existe sans doute. Mais il faut aussi tenir grand compte des réinfections dues au coït. Cela me mène à signaler la diversité des microbes auxquels sont dues les métrites. Scientifiquement, le sujet est encore insuffisamment étudié et, dans sa thèse, mon élève Péraire a commencé à ce point de vue des recherches qu'il poursuit. Or, sans doute les microbes ne se comportent pas tous de même, ne pénètrent pas tous à la même profondeur; il faut probablement tenir compte de ces faits pour apprécier scientifiquement la valeur du curage.

M. Bouilly. — Cette discussion confirme donc, en somme, les données de mon expérience. Le curage est excellent pour les lésions exclusivement utérines ; il est mauvais pour les cas accompagnés de lésions tubaires manifestes ; on peut le tenter quand la trompe n'est pas tuméfiée, mais cause seulement des douleurs.

Souvent, je crois, on exagère la fréquence des écoulements utérins dus à l'évacuation de la trompe. Ces écoulements abondants sont surtout liés aux dégénérescences micro-cystiques très douloureuses des ovaires, et ils sont probablement en partie d'origine réflexe, exclusivement utérine.

Je répondrai à M. Terrier qu'en 48 heures j'ai toujours obtenu une dilatation suffisante. Je n'ai jamais observé ces vomissements spéciaux qu'il a signalés, et cependant j'ai opéré douze fois sans chloroforme.

M. Trélat. — En 1888, en 1889, j'ai professé des leçons sur le curage utérin, opération dont je suis depuis plusieurs années partisan et que j'ai étudiée avec soin. Je suis en majeure partie d'accord avec M. Bouilly, cependant il y a quelques points sur lesquels je désire revenir.

M. Bouilly a mis à part complètement les métrites avec déchirures du col; pour celles-là, toujours l'opération d'Emmet. A mon sens, c'est exact pour les grandes déchirures, heureusement rares; mais non pour les petites déchirures, les ordinaires. J'ai vu des malades où l'opération d'Emmet semblait tout à fait indiquée, et à la suite d'un curage bien fait l'indication s'évanouit.

Sur les indications au curage : sang, glaires, douleur, je suis tout à fait d'accord. J'insisterai sur la douleur, dans laquelle il faut distinguer avec soin la douleur locale et la douleur à distance. J'attribue en effet une grande valeur diagnostique à la douleur locale, occupant parfois tout l'utérus, mais plus souvent limitée en quelques points où on l'éveille par le palper bimanuel, par le cathétérisme utérin, surtout vers l'orifice supérieur du col (1).

J'ai lu avec le plus grand plaisir la technique recommandée par M. Bouilly, car elle est à peu près identique à celle que j'ai préconisée dans les leçons auxquelles je viens de faire allusion.

Ma statistique comprend 216 cas en près de 3 ans. Elle m'a enseigné que, contre l'endométrite hémorrhagique, le curage est triomphant; qu'il est excellent pour l'endométrite muco-purulente si elle n'est pas trop ancienne ou liée à de grandes déviations utérines. Quand il y a, en effet, un utérus agrandi, dévié, déformé, alors sont fréquentes les interventions incomplètes que M. Bouilly considère à bon droit comme une des causes de récidive. Mais je ne suis pas tout à fait d'accord avec lui sur la métrite cervicale : je pense qu'on en vient parfois à bout avec une curette plus forte ou avec le thermocautère; je ne conteste d'ailleurs nullement les indications à l'amputation. On peut donc supprimer cette cause de réinfection. Mais voyez les leçons de M. Cornil sur les métrites, et vous constaterez que la profondeur des lésions dépend, dans le corps, de leur essence même. La gradation ascendante de profondeur est la suivante : métrite vasculaire, infections communes, blennorrhagie, tuberculose. C'est tout à fait au début seulement

(1) Potherat. *Le curage de l'utérus.* Voir plus haut, page 210.

que la tuberculose serait justiciable du curage; la blennorrhagie rebelle cède cependant à des interventions répétées, suivies de dilatation prolongée et d'attouchements à la teinture d'iode.

En général, je suis de l'avis des orateurs précédents sur la fréquence des échecs quand il y a lésion des annexes. Je suis moins absolu qu'eux cependant. L'an dernier, j'ai pu citer dans une leçon 5 cas où j'avais vu disparaître, après le curage, une lésion tubaire qu'*a priori* je croyais devoir extirper. De même pour une salpingite gauche sur une jeune fille de 26 ans à qui, à l'âge de 13 ans, on avait enlevé à droite un kyste pileux. De même encore chez une femme de 28 ans dont la métrite, vieille de 8 ans, avait été exaspérée par le mariage. Sa vie était un vrai supplice. Je vis cette femme, atteinte de salpingite bilatérale, et je proposai formellement la laparotomie. Mais je voulus d'abord désinfecter l'utérus, et je constatai qu'après le curage à peu près tout disparut dans les annexes, si bien qu'un mois après la malade devenait enceinte et elle vient d'accoucher. Les faits de ce genre, je ne les explique pas très clairement, mais je subis leur enseignement et, sauf urgence absolue, je conseille de faire précéder la laparotomie d'un curage de la métrite : ce n'est pas seulement une sage préparation, mais c'est une chance de guérison complète et quelques faits de ce genre permettent de supporter de nombreux échecs.

M. Routier. — Depuis 1886, j'ai fait 24 curettages : c'est vous dire que je n'y soumets pas toutes les métrites. Ma technique est celle de M. Terrier. Je compte 12 métrites hémorrhagiques pures, avec 12 résultats merveilleux; 4 endométrites muco-purulentes, avec simple amélioration; 5 métrites avec salpingite, où le résultat a été nul, et j'ai vu des femmes chez lesquelles le curage, fait par d'autres chirurgiens, a causé une poussée tubaire.

M. Richelot. — La discussion actuelle prouve que nous sommes d'accord à peu près sur tous les points. Ma statistique personnelle porte sur 70 cas, avec 17 insuccès. Je crois qu'il est indispensable de dilater l'utérus lentement et largement; qu'il faut ensuite le gratter avec soin, méthodiquement, lentement, en se souvenant bien de sa forme, en regardant ce qu'on enlève. Mais faut-il insister sur le grattage cervical? Je ne le pense pas, car un col sérieusement malade est « incurable »; c'est un leurre que de vouloir abraser sa muqueuse, et le seul procédé est de le supprimer en combinant l'opération de Schrœder au curage. C'est à l'absence de cette prati-

que que j'attribue beaucoup d'insuccès. En outre, pendant les premiers temps, les injections antiseptiques et faites antiseptiquement sont utiles; puis une fois tout cicatrisé, je crois qu'on a beaucoup exagéré la nocivité des simples injections de propreté faites par la malade elle-même.

Mes 78 insuccès concernent des femmes atteintes de lésions tubaires. Je crois en effet que l'échec est alors la règle, mais je m'incline devant les exceptions contraires, devant les faits de M. Trélat par exemple; on peut donc essayer et cela d'autant plus qu'il est souvent, en ville, difficile de convaincre d'emblée une femme qu'il est nécessaire de lui ouvrir le ventre.

Je terminerai en constatant que M. Championnière s'est en somme rallié au curage pratiqué avec modération. Il y a loin des paroles prononcées il y a 8 jours aux phrases qu'il imprimait il y a quelques semaines; où il s'élevait contre les chirurgiens qui veulent ressusciter l'antique métrite fongueuse, contre ceux, qui quand une femme souffre, s'occupent de son utérus et ne vont pas droit aux annexes; contre ceux qui pensent que le curage n'est pas seulement une saignée locale et un prétexte à repos. Autant de propositions aujourd'hui bien adoucies, et je ne sais qui il en faut plus féliciter du convaincu ou de l'éloquence persuasive de l'avocat.

M. Championnière. — Il est facile de triompher d'un adversaire, en lui prêtant, pour la réfuter, une bêtise qu'il n'a jamais dite; en découpant dans ses écrits des phrases qui n'ont de sens précis que par ce qui précède et ce qui suit. Ce que j'ai dit et ce que je maintiens, c'est que les douleurs violentes, lombaires surtout, ne tiennent pas à la métrite, mais sont un indice constant de salpingite.

M. Trélat. — C'est erroné.

M. Championnière. — Je le maintiens. Maintenant, qu'il y ait parfois des douleurs modérées, qu'il y ait quelques cas où le curage est indiqué je ne le conteste pas. C'est une affaire de proportion et j'admets volontiers les chiffres si modérés de M. Bouilly et de presque tous nos collègues.

M. Richelot. — M. Championnière m'accuse d'avoir défiguré sa pensée. De la citation que j'ai faite il résultait que M. Championnière affirme que toute douleur abdominale vive provient des annexes et non de l'utérus; la réponse de M. Championnière me

prouvé une fois de plus que c'est précisément là le point qui nous divise.

M. CHAMPIONNIÈRE. — Je pense en effet, que dans ces conditions le curage est impuissant et est à peu près fatalement suivi de récidive des douleurs, comme l'ont été les cautérisations, l'opération d'Emmet, etc., tous les actes, en un mot, où on ne vise que l'utérus.

M. TERRIER. — Comme M. Richelot, j'ai au début amputé le col seize fois sur vingt et une dans ma première statistique. Or j'ai observé à la suite de cette amputation, par tous les procédés, des atrésies de l'orifice et dès lors j'ai remplacé l'exérèse par un grattage particulièrement soigné et en 1889 je n'ai fait que six amputations du col sur trente curettages.

M. RICHELOT. — Ces atrésies existent, sans doute, mais avec le procédé de Schrœder elles sont rares et aisément dilatables.

M. TRÉLAT. — J'ai demandé la parole au moment précis où M. Championnière affirmait que souffrance vive signifie lésion des annexes. Je soutiens avec beaucoup d'autres auteurs, que la métrite peut à elle seule causer des douleurs locales et irradiées, spontanées ou provoquées par le palper, le toucher, l'hystérométrie. Nombre de fois j'ai constaté le fait et j'ai en particulier très nettes en mémoire trois observations récentes de ma clientèle. Ces douleurs, dont le siège, les caractères sont fort importants pour le diagnostic, cessent nettement après le curettage : cette influence de la thérapeutique fait la preuve de l'assertion que j'ai émise. Mais je n'ai jamais contesté, je ne conteste pas que les lésions tubo-ovariennes ne soient la cause de souffrances vives, différentes, il est vrai, des précédentes. Et même alors je ne crois pas qu'on soit en droit de proclamer l'impuissance complète du curage. J'ai cité trois faits où le curage a guéri la salpingite : j'aurais pu en rapporter plusieurs autres. L'an dernier, on a curé dans mon service 21 métrites compliquées : 4 fois la lésion des annexes a guéri et 3 fois elle a été réduite à des vestiges indolents. Comment agit-on ? Peut-on prévoir cette action ? Questions bien obscures. Je me souviens de deux malades à peu près identiques, que j'ai soignées il y a quelques mois. Elles étaient bien pareilles, et j'aurais laparotomisé les deux si j'avais la doctrine qu'il faut aller droit aux annexes. Or une des deux a guéri par le curage. Je ne souscris donc pas à cette doctrine qu'adopte M. Championnière. Lorsque l'on a établi un diagnostic précis et détaillé, je pense que dans les cas complexes

où sont indiqués le curage, la laparotomie, il faut commencer par l'acte le moins dangereux, le curage, car quelquefois il dispense de l'autre. Sauf urgence, par rupture imminente ou accomplie, par fièvre vive et persistante, on débutera par le traitement de l'endométrite et on en observera les effets.

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Séance du 19 *janvier* 1890.

PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR DEROUBAIX

Élections de nouveaux membres. Élections de membres honoraires. Sont nommés à l'unanimité : MM. les professeurs PIGEOLET, THIERY (Belgique) ; PAJOT, TARNIER (France) ; CHROBAK, C. BRAUM (Autriche) ; OLSHAUSEN, SAENGER, S. CANZONI (Allemagne) ; PORRO (Italie) ; SLAVIANSKY (Russie) ; BANTOK, SPENCER WELLS (Angleterre) ; EMMET (Amérique).

M. le professeur HUBERT (Louvain). **Étude mécanique sur le forceps.**

M. Hubert fait d'abord l'éloge du forceps qui, depuis 150 ans, a rendu et rend tous les jours encore de si grands services aux praticiens. Il en fait ensuite le procès et le malmène fort durement. Il critique le forceps croisé et pense avec CHASSAGNY (Lyon) que l'on a eu tort d'abandonner les branches parallèles, imaginées par Palfyn. M. Hubert explique le mécanisme du nouveau forceps à branches parallèles de Chassagny et en démontre les avantages dans les cas d'angustie pelvienne.

M. SAULMANN (Bruxelles). **Traitement électrique en Gynécologie**

L'auteur a obtenu d'excellents résultats par la méthode d'Apostoli. Il a traité des fibromes utérins par l'électricité et toujours avec succès.

Démonstration des appareils. Il emploie d'habitude un courant de 75 à 150 milliohm.

M. DESGUINS (Anvers). **Grossesse tubaire au 4e mois. — Guérison.**

Observation d'une femme admise dans le service de l'auteur pour tumeur abdominale prise d'abord pour pyosalpynx. Arrêt des règles depuis quelque temps fait penser à la grossesse extra-utérine.

Opération indiquée à cause de la gêne, de douleurs et de l'état général.

Quelques heures avant l'opération, la malade tombe en collapsus, présentant tous les symptômes d'une hémorrhagie interne. Voulant tenter la dernière chance de salut, M. Desguins décide l'opération. Ouverture de l'abdomen, extraction de nombreux caillots sanguins, apparition du kyste, ponction, ouverture et enfin extraction d'un fœtus. Il laisse le placenta en place, suture le kyste à la paroi et le bourre de gaze iodoformée. On parvient à force d'excitants à ranimer la malade.

3 semaines après, élimination de l'arrière-faix. Guérison.

M. de Saint-Moulin (Bruxelles). Laparo-hystérectomie pour fibro-myôme utérin.

Observation d'un cas de fibro-myôme utérin opéré par la voie abdominale.

Méthode extra-péritonéale. Guérison.

L'auteur présente à la Société une nouvelle sonde à double courant pour injections intra-utérines.

Dr C. Jacobs

REVUE ANALYTIQUE

MALFORMATIONS GÉNITALES

Quelques mots sur l'atrophie de l'utérus et des ovaires. (Einige Worte uber die Atrophie des Uterus und der Ovarien). Kleinwatcher. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1889, Bd XVII. Hft 1, 43.

Il ressort de l'analyse rigoureuse des faits que le complexus symptomatique qui, suivant certains auteurs, appartiendrait à l'atrophie utérine, n'a pas cette valeur diagnostique. En réalité, il fait souvent défaut. Et quand il est présent, il est bien plus en rapport avec la chlorose, affection non secondaire mais primitive, qui préside à l'affaiblissement de l'activité vitale et, par contre-coup, amène l'épuisement du système sexuel.

L'atrophie de l'utérus n'est pas nécessairement associée à l'aménorrhée. L'utérus peut être atrophié et cependant les femmes peuvent être encore menstruées.

Le retour de la menstruation peut signifier retour à l'état normal,

ainsi à la suite de processus inflammatoires puerpéraux, graves, d'une lactation prolongée, ou lors de la guérison qui suit des maladies générales graves, etc. ; tandis que ses troubles, ses irrégularités peuvent être les signes prémonitoires d'un affaiblissement précoce du système sexuel, ou les effets d'un processus morbide actuel (une métrite, par exemple) ; états qui, par leur durée, peuvent amener l'atrophie de l'utérus.

L'élément essentiel, pour la juste appréciation de l'importance pathologique de l'atrophie utérine, c'est la notion de l'état des ovaires. Quand ces organes sont eux-mêmes profondément modifiés par le processus atrophique, il n'y a plus à compter sur un rétablissement des fonctions sexuelles : la stérilité — à quelques exceptions près — est chose définitive.

Il est des processus puerpéraux, de nature inflammatoire, qui déterminent une atrophie des ovaires passagère, par exemple, certains processus exsudatifs en raison des compressions exercées par l'exsudat. Selon toute probabilité, la cachexie, sous la dépendance de maladies générales, est capable d'amener soit une atrophie transitoire des ovaires, soit, tout au moins, un vice de nutrition de ces organes, et, conjointement, une cessation de leur fonction. Il est, en conséquence, possible de rencontrer, exceptionnellement, et coïncidemment avec une atrophie de l'utérus, une atrophie des ovaires avec suppression de leur fonction, cette atrophie ovarique n'étant toutefois que transitoire.

L'atrophie de l'utérus, même abstraction faite de *l'atrophie de lactation* (hyperinvolution), n'est pas un état pathologique rare. Jusqu'à présent, on n'a recherché que les types purs, les plus frappants de cette anomalie morbide. Chez les femmes qui ne se plaignent pas d'affections intéressant directement le système sexuel, et dans le cas de maladies générales, il n'est accordé aucune attention à l'état de l'utérus et des ovaires. Si l'on s'en préoccupait davantage, on aurait l'occasion de constater bien plus fréquemment l'existence de cette atrophie, bien qu'en général à un degré plus avancé. Sur un ensemble de 1300 malades atteintes d'affections du domaine gynécologique, Simpson a trouvé 22 cas d'atrophie, soit une proportion de 1,69 p. 0/0 ; de son côté l'auteur, sur un total de 2288 malades, atteintes d'affections de semblable nature, en a trouvé 28 cas, soit une proportion de 1,23 p. 0/0 ; il attire l'attention sur l'analogie de ces deux chiffres. R. L.

Contribution à l'étude de l'atrophie de l'utérus. (Beitrag zur Lehre von der Atrophiauteri), W. THORN. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* 1889, Bd XVI. Hft 1, p. 57.

La dénomination *d'atrophie congénitale* est impropre, car il s'agit dans ces cas plutôt d'un arrêt de développement (*hypoplasie*) Quant à *l'a. utérine acquise*, elle est soit *physiologique*, soit *pathologique*, et dans l'une et l'autre de ces deux variétés, *primitive* ou *secondaire*. L'a. utérine pathologique se subdivise elle-même en : 1) a. *puerpérale* et 2) a. *non puerpérale*.

1) a. *puerpérale*. Tantôt primitive et tantôt secondaire. Dans le 1er cas, elle est la conséquence de processus puerpéraux affectant l'utérus lui-même ou le paramétrium, et dans le second d'altérations ou de dégénérescence atrophique des ovaires.

2) a. *non puerpérale*. Elle est l'effet de maladies générales graves, d'affections portant sur des organes essentiels à l'existence, ou de processus morbides circonscrits de l'utérus et des annexes (tuberculose, chlorose, syphilis,... néphrite,... myômes utérins, prolapsus, endom. chronique...).

Mais l'auteur s'est occupé d'une manière toute spéciale de *l'atrophie utérine physiologique*, désignée sous le nom de *super involution* et qu'on met sous la dépendance de la lactation (*atrophie de lactation*). Et de l'analyse des faits cliniques, il a tiré les conclusions suivantes :

1) Les conditions de la période puerpérale *post-partum* étant normales, l'involution de l'utérus est essentiellement sous la dépendance de la lactation. La lactation représente un facteur important de l'involution normale dans les cas normaux, et elle peut influer d'une manière heureuse lorsque le processus d'involution est retardé par des affections de l'utérus et des annexes.

2) L'utérus de toute femme saine, aménorrhéique, et qui nourrit subit une superinvolution.

3) Cette hyperinvolution est tantôt *excentrique*, tantôt *concentrique ;* en règle générale, le col conserve ses dimensions normales. Mais, sous l'influence d'un processus phlegmasique chronique antérieur ou nouveau, il peut présenter un certain degré d'hypertrophie.

4) En général, les personnes vigoureuses ne présentent que l'atrophie excentrique, ou seulement un faible degré d'a. concentrique.

5) Les femmes faibles, peu résistantes, mais d'ailleurs parfaitement saines, sont, pour le plus grand nombre, atteintes d'hypertrophie concentrique et, parfois à un degré considérable (réduction du diamètre longitudinal à 4·5 cent.).

6) Le degré de l'hyperinvolution est en rapport, d'une manière générale, avec la durée et l'abondance de la lactation, le degré de résistance du sujet, et l'influence éventuelle de maladies générales ou locales intercurrentes.

7) Les ovaires des femmes saines mais aménorrhéiques, qui nourrissent et sont atteintes de superinvolution, ne subissent pas d'atrophie ; aussi, faut-il attribuer l'aménorrhée à l'atrophie du corps de l'utérus et, plus spécialement, de la muqueuse.

8) Après une période de temps variable, et dont la durée dépend du degré de l'hyperinvolution et de l'état de la nutrition générale, mais qui est en moyenne de 6 semaines après la cessation de l'allaitement, l'utérus revient à son état normal (épaisseur des parois, dimensions de la cavité utérine).

9) L'apparition de la première menstruation (*retour de couches*), ne se fait pas à une date fixe, et elle dépend de la restauration du corps de l'utérus et particulièrement de celle de la muqueuse. Toutefois l'éruption menstruelle peut précéder le retour complet *ad integrum* comme aussi ne pas suivre immédiatement celui-ci, au point que la grossesse peut survenir avant le *retour de couches*. Mais, d'*une manière générale, première menstruation signifie restauration complète de la matrice.*

10) Chez les femmes qui allaitent, régulièrement menstruées, l'utérus, en général, offre des dimensions et une consistance normales. C'est rarement qu'elles présentent un faible degré d'hypertrophie excentrique. Celle-ci, parfois même un certain degré d'hypertrophie concentrique, s'observe chez les femmes qui ne sont menstruées qu'à de longs intervalles Il est clair qu'une femme, au début menstruée régulièrement ou irrégulièrement, peut, sous l'influence d'une lactation prolongée, subir une superinvolution utérine considérable, et, par contre-coup, devenir aménorrhéique.

11) Très souvent l'hyperinvolution se complique d'anémie, et la complication est presque constante quand l'hyperinvolution est très accusée. En pareil cas, on observe encore une atrophie générale de la musculature, du tissu connectif, etc., modifications qui disparaissent avec le retour de l'utérus à l'état normal.

12) L'hyperinvolution est très souvent associée à la rétrodéviation de l'utérus, au prolapsus des ovaires, à la descente et au prolapsus du vagin.

13) En ce sens que l'hyperinvolution des femmes saines est l'effet d'un acte physiologique, la lactation, doit être considérée ellemême comme un processus physiologique, comme une variété d'atrophie utérine physiologique. Elle ne devient pathologique, que par l'intervention de facteurs morbides.

14) L'hyperinvolution de l'utérus des femmes saines, même quand elle est portée à un très haut degré, est curable; elle disparait spontanément avec la cessation de la lactation.

15) C'est une erreur de dire que le temps que mettent les organes génitaux à revenir à l'état normal, à compter à partir de l'accouchement, varie de 4 à 6 semaines. Il est également faux d'affirmer que l'utérus, après l'accouchement et toutes conditions étant normales, ne peut revenir exactement aux dimensions qu'il avait avant toute gestation, à sa *petitesse antérieure*. Le *puerperium* (état puerpéral) ne peut être tenu pour définitivement terminé qu'avec l'involution complète, et chez les femmes qui nourrissent avec la régénération absolue de la matrice.

R. L.

De l'hyperinvolution de l'utérus et de son traitement. (Ueber Hyperinvolution uteri und deren Behandlung), H. HEITZMANN. Cent. f. d. gesamt. Therap. 1889. Hft IX, p. 513.

Avant tout, on doit s'appliquer à combattre toutes les causes capables de produire une hyperinvolution définitive. Aussi, est-il nécessaire de traiter tous les processus inflammatoires des organes pelviens, durant les suites de couches, dès le début, si légères que soient les manifestations symptomatiques. Contre 'anémie consécutive à une perte considérable de sang, on prescrira une nourriture fortement réparatrice, et un large usage du lait.

De cette façon, on obtient des résultats beaucoup plus rapides que par l'emploi des médications soi-disant toniques, reconstituantes. Remarque-t-on du côté de l'utérus une tendance vers l'hyperinvolution, il est indiqué de recourir à un massage prudent, qui sera fait éventuellement tous les jours et avec méthode. On tâchera ainsi de fortifier l'utérus, en sollicitant la muscu-

lature utérine, devenue flasque, à se contracter ; l'efficacité du traitement sera d'autant plus réelle qu'il aura été plus hâtif. D'autre part, il ne faut pas se lasser de le continuer, parce que souvent le résultat désiré n'est obtenu qu'après plusieurs mois. Il ne faut pas non plus oublier, que quand il s'agit de combattre la stérilité, le massage constitue le meilleur progrès curatif. Mais, indépendamment du massage, il nous reste d'autres ressources entre lesquelles les bains de boue tiennent le premier rang.

Mais lorsque l'*atrophie de l'utérus* est tellement avancée, ou bien qu'elle est si ancienne que la restauration des fonctions de l'organe n'est plus à espérer, nous devons employer tous nos soins à combattre ses conséquences et à diminuer les souffrances dont elle est l'origine. R. L.

De la rétention du sang dans le canal vagino-utérin oblitéré et de la salpingotomie. (Ueber Blutansammlung im verschlossenem. Utérovaginalkanale und die salpingotomie). G. Léopold. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd XXXVI. Hft 3, p. 371.

L'auteur a eu à traiter les cas suivants : 1) Hémato-salpingite coïncidant avec une absence complète du vagin ; 2) Hématome tubaire commençant, dans un cas de corne utérine droite, rudimentaire ; 3) Deux cas d'hématokolpos, d'hématomètre et d'hématosalpinx. *La guérison a toujours été obtenue.*

En considération de ces résultats, et de l'analyse des faits antérieurement rapportés par Fuld, il tire, quant à la conduite à suivre, le cas échéant, les conclusions suivantes : il n'est pas de procédé *unique* qui permette de parer aux dangers créés par une hémato-salpingite uni — ou bilatérale et sous la dépendance d'une oblitération du conduit utéro-vaginal. Il faut remplir les indications propres à chaque cas. L'épaisseur de la membrane d'oblitération, la distance qui sépare l'entrée du vagin de la matrice ou de la trompe distendue par du sang, représentent des conditions importantes.

S'agit-il d'une accumulation dans le vagin, il faut se préoccuper d'obtenir, grâce à une petite incison et à l'application d'un tube de verre, *un écoulement très lent* des masses accumulées. Il importe d'éviter de pratiquer des irrigations ayant pour but de forcer l'écoulement. Le vagin complètement évacué, on s'assure s'il reste encore du sang dans l'utérus et dans les trompes. S'il en était ainsi,

le mieux consiste à aborder l'hématomètre par le vagin. Mais *si les trompes ne se désemplissent pas, ou si, à la menstruation prochaine, elles s'emplissent de nouveau, il devient indiqué de procéder sans retard, par la laparotomie, à l'ablation des trompes.* Quand il y a *absence complète du vagin*, il faut, dans tous les cas, voir s'il est possible de créer un vagin artificiel. Si l'on y réussit, on ouvre la matrice par une large ponction, ou bien l'on y pénètre à l'aide d'un trocart, et l'on peut fixer un long tube de verre dans ce nouveau canal. Si, au contraire, l'on a échoué, c'est surtout de l'hématosalpinx qu'il faut se préoccuper. On l'ouvre par le vagin, ou bien on l'extirpe après laparotomie, en réglant sa conduite d'après l'appréciation des conditions anatomiques et de la situation de l'organe. Enfin, lorsqu'on a affaire à une hémato-salpingite coexistant avec un conduit génital double, mais oblitéré seulement d'un côté, c'est encore l'extirpation de l'hématome tubaire après laparotomie qui représente l'opération de choix. R. L.

Deux cas de rétention menstruelle, dus à l'occlusion du vagin. (Two cases of menstrual retention, due to occluded vagina), par Mayo Robson. *Provinc. med. journ.* Leicester, 1890, I, p. 5.

Le premier cas se rapporte à une jeune fille de dix-sept ans qui présentait une imperforation de l'hymen. La membrane, mince, ayant été incisée, le liquide s'écoula et la guérison survint sans incidents.

Le second cas est plus intéressant, car il s'agit ici, non d'une imperforation de l'hymen, cause ordinaire de ces rétentions, mais bien d'une absence de la partie inférieure du vagin. Le doigt introduit dans le rectum arrivait presque au contact d'une sonde introduite dans la vessie. Les cloisons rectale et vésicale, une mince couche de tissu cellulaire les séparaient seulement. La tumeur siégeait au-dessus. Une incision périnéale profonde permit d'arriver jusqu'à la tumeur. Le sang remplissait la partie supérieure du vagin, l'utérus dilaté et la trompe droite. Guérison parfaite. La jeune malade, parfaitement réglée, a été revue plusieurs fois.

(Deux cas de cloisonnement tranversal du vagin). J. Faure. Two cases of transverse septum in the vagina, par C. J. Cullingworh. In *The Lancet*. Lond., 1889, t. I, p. 726.

Dans la première observation, ce sont des phénomènes de métrite qui attirèrent l'attention. La malade, qui bien qu'ayant été mariée pendant sept ans n'avait pas eu d'enfants, avait un vagin de 1 pouce 3/4 de profondeur. Au fond était un orifice admettant une sonde utérine, et derrière une large cavité, formée par le fond du vagin.

L'orifice fut dilaté et la cloison rompue avec un dilatateur utérin. On trouva derrière un col un peu ulcéré. Après quelques lavages antiseptiques, la guérison survint sans incidents et la métrite disparut.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme enceinte, qui, après une chute sur le dos, ressentit des douleurs dans le bas-ventre et vit apparaître un écoulement. A l'examen on trouva, comme dans l'observation précédente, une cloison transversale percée d'un orifice semblable au méat urinaire. Cet orifice agrandi, puis dilacéré avec les doigts, laissa voir le col utérin dilaté et les membranes saillantes. Après leur rupture, l'enfant fut extrait avec le forceps; il ne vécut d'ailleurs que deux heures. Le placenta fut enlevé en introduisant la main dans l'utérus. Les suites furent normales, et les seuls vestiges de la cloison furent quelques rugosités horizontales sur la paroi antérieure du vagin.

De nombreux renseignements bibliographiques, recueillis en partie dans la thèse de Delaunay, l'auteur conclut que la plupart des cloisonnements transversaux du vagin présentent un petit orifice, qui permet très fréquemment la fécondation. Aussi doit-on y remédier par la dilatation et, au besoin, par la section au bistouri.

J.-L. F.

Un cas de duplicité du canal génital chez la femme. (Un caso di duplicata del canale genital muliebre), Scialpi. *Giorn. delle scien. med. di professore Cantani.* 3e fascicule, p. 161, 1889.

Une jeune fille de 19 ans, prostituée, examinée par l'auteur, présentait à l'orifice du vagin comme un ruban fibreux le divisant dans le sens antéro-postérieur et s'étendant de la commissure à l'orifice uréthral où il était moins épais, et empiétant plutôt à gauche qu'à droite. Cette bride occupait toute la hauteur du vagin qui était très long. Le col utérin était petit dans le canal vaginal droit et encore plus petit dans le canal vaginal gauche, qui paraissait avoir servi moins souvent au coït. Avec l'hystéromètre on entrait

jusqu'à 5 centimètres dans l'orifice utérin droit et un centimètre à peine dans l'orifice utérin gauche.

Au moment des règles le sang parut d'abord à droite et fut plus abondant de ce côté. Il y avait donc très probablement deux cavités utérines et l'écoulement de mucus catarrhal n'avait pas le même aspect ni la même abondance en sortant de chacun des orifices externes du col. Il ne paraissait y avoir eu qu'une seule membrane hymen.

MAUCLAIRE.

Un cas de développement incomplet des organes génitaux féminins. (Ein Fall von Entwickelungsfehler der weiblichen Genitalorgane), N. WARNEK. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1889. Bd XVII. Hft. 2, p. 299.

X..., 23 ans, mariée depuis 3 ans. Depuis son mariage, apparirition périodique, de 1-2 fois par mois, de douleurs abdominales violentes, avec, dans les derniers temps, irradiations douloureuses vers les régions inguinales et les cuisses. Coït toujours douloureux. A 3 reprises, il se fit par la vulve un écoulement d'un liquide blanc, fétide, très abondant, et accompagné de douleurs violentes. *Examen des organes génitaux :* pas de dilatation de l'urèthre, hymen déchiré ; vagin, large de 2 1/2 travers de doigt, long de 4 1/2 cent. se termine en un cul-de-sac fermé. De la paroi antérieure, proémine une crête qui empiète de moitié sur la lumière du conduit et se continue jusqu'à la voûte terminale. Sur la paroi postérieure, saillies rugueuses peu accusées ; au niveau du cæcum terminal quelques érosions, produites sans doute par le coït. *Pas de portion vaginale, pas traces d'orifice externe.* Le palper bimanuel permettait de constater 3 cent. au-dessus du vagin, la présence d'un corps ovalaire, à surface régulière, transversalement dirigé, qui à droite se continuait par un cordon épais, en connexion lui-même avec une tumeur, environ deux fois plus grosse que le corps ovalaire et très sensible à la pression. A gauche du corps ovalaire, un cordon qui échappait bientôt à l'exploration.

A cause de la violence des douleurs périodiques et de l'insuccès de tous les traitements médicaux, la laparotomie qui d'ailleurs débarrassa la femme de ses malaises et rendit les rapports sexuels non douloureux, permit de relever les particularités suivantes : a) le corps médian ovalaire était le corps d'un *utérus*

imparfaitement développé, le col faisant entièrement (défaut; un cordon large, mince reliait cet organe à la voûte du vagin. Le cordon dirigé vers la droite, était la trompe droite, normale; la tumeur avoisinante, était constituée par l'ovaire, hypertrophié, avec des lésions de péri-ovarite et de dégénérescence kystique. A gauche, les annexes de l'utérus manquaient complètement.

De l'analyse des antécédents, il ressort que la fonction ovarique et les phenomènes du molimen menstruel ne se sont manifestés qu'après le mariage, et sous l'influence sans doute des rapports sexuels.

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Diagnostic des maladies chirurgicales, par le professeur ALBERT (de Vienne), traduit de l'allemand par THIRIAR et LAURENT. Bruxelles, 1890.

La traduction que M. Thiriar vient de nous donner du livre du professeur Albert de Vienne, sera, croyons-nous, bien accueillie; les deux noms de l'auteur et du traducteur sont sympathiques au public français et suffisamment connus de nos compatriotes pour être un sûr garant de la valeur de l'ouvrage.

L'auteur étudie les maladies chirurgicales par régions, et à propos de chacune de celles-ci pose et discute le diagnostic de toutes les affections que l'on peut y observer. Le chapitre qui a trait aux tumeurs de l'abdomen, bien que court, renferme de nombreuses remarques intéressantes. En présence d'une tumeur de l'abdomen, il faut chercher à en préciser le siège et, pour cela on pourra s'appuyer sur les préceptes suivants : La tumeur rétro-péritonéale n'est pas mobile; la tumeur intra-péritonéale est mobile et participe à tous les mouvements respiratoires; enfin la tumeur prépéritonéale est mobile, mais elle ne se déplace pas verticalement pendant la respiration comme le foie, le diaphragme, etc.; elle est mobile transversalement ou dans le sens antéro-postérieur comme la paroi abdominale elle-même. Ce ne sont là toutefois que des préceptes généraux et l'auteur est le premier à reconnaitre qu'il est parfois très difficile de se prononcer sur la direction de ces mouvements.

En présence d'un malade ayant une tumeur de l'abdomen,

Albert montre que dès le début de l'examen, la simple inspection permet d'éliminer l'ascite si le ventre est simplement arrondi et non élargi et si les flancs ne sont pas saillants. Si la percussion donne partout un son tympanique c'est qu'il s'agit d'un simple météorisme et, chez les hystériques, la chloroformisation permettra de reconnaître qu'il s'agit d'une tumeur fantôme. Enfin si on vient à faire une ponction dans une tumeur liquide il faut se rappeler que la paralbumine parle en faveur d'un kyste de l'ovaire, que la fibrine et les globules blancs indiquent une ascite et que des cellules épithéliales de formes variables doivent faire soupçonner un néoplasme. L'auteur accumule ainsi à chaque pas un grand nombre de remarques cliniques qui permettent de faire un diagnostic sinon certain, tout au moins très probable.

MAUCLAIRE

Laparotomie et amputation supra-vaginale pour rupture utérine; guérison. (A successful case of laparotomy and supravaginal amputation of the uterus, for rupture), par HENRY C. COE, extrait du *Med. Rec.*, N.-Y. 2 novembre 1889, p. 478).

Lorsque Coe fut appelé, des tentatives d'extraction par la version et par le forceps avaient été faites et la rupture utérine datait probablement de deux heures; au palper abdominal on sentait deux tumeurs, l'une constituée par le corps de l'utérus en contraction tétanique, l'autre par la tête de l'enfant. Le ventre ouvert, on constata que le ligament large gauche était déchiré et donnait du sang. Comme l'état de la malade était grave, Coe se hâta d'extraire l'enfant par la déchirure et amputa l'utérus au-dessus d'un tube élastique placé comme serre-nœud. Ligature de vaisseaux et suture du ligament utéro-sacré gauche déchiré. Lavage du péritoine à l'eau chaude; fixation du pédicule dans la plaie; pas de drainage, guérison.

Coe a réuni 14 observations d'amputation supra-vaginale pour rupture utérine; dans tous les cas, l'enfant était mort; dans cinq cas la mère a guéri.

L'observation de Coe est la première guérison publiée en Amérique.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

DYSTOCIE DUE A LA PRÉSENCE D'UN MYOME INSÉRÉ SUR LA PARTIE POSTÉRIEURE DU SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS. — PUTRÉFACTION DU FŒTUS. — PRÉSENTATION DU SIÈGE. — EXTRACTION A L'AIDE DU BASIOTRIBE. — MORT AU 17me JOUR

Par le Dr **A. Ribemont-Dessaignes**
Agrégé à la Faculté de Médecine et Accoucheur de l'hôpital Beaujon.

Le 19 novembre 1889, j'ai avec l'assistance de mes confrères les Drs Chollet de Chevannes, Nodot et Martin d'Auxerre, et Varnier de Paris, terminé à Orgy (Yonne) un accouchement des plus laborieux à l'aide du basiotribe. Les conditions dans lesquelles je suis intervenu m'ont paru assez intéressantes pour être publiées.

Les notes qu'ont bien voulu me remettre MM. Chollet et Varnier me permettront de donner du fait une relation complète.

Mme M..., 36 ans, mariée depuis 12 ans, est enceinte pour la première fois. Elle a toujours joui d'une bonne santé et est d'une constitution vigoureuse. Sa grossesse des plus heureuses est arrivée à son terme sans avoir été traversée par d'autres accidents que quelques vomissements et quelques pertes survenues vers le mois de mai.

Dans la nuit du 12 au 13 novembre 1889, Mme M... se sent

très mouillée, ce qui ne l'empêche pas de se lever le lendemain et de vaquer à ses occupations ordinaires. Le 13 au soir le Dr Chollet a l'occasion de la voir et de recueillir de sa bouche les renseignements qui précèdent.

Fort avant dans la nuit du 14 au 15 mon confrère est appelé par Mme M... qui d'ailleurs n'avait aucune contraction douloureuse, mais qui venait de s'apercevoir que quelque chose d'insolite sortait par la vulve : le cordon ombilical était largement procident, ce qui ne laissa pas que d'inquiéter le Dr Chollet.

« Il y avait là, m'écrit mon confrère, indication de terminer rapidement l'accouchement. Je cherchai à m'éclairer sur le diagnostic, mais j'avoue que je demeurai fort perplexe. Je crus toutefois à une présentation du sommet prenant pour la tête une tumeur fibreuse méconnue jusque-là. L'orifice cervical n'était pas dilaté. Le col mou en avant, effacé en arrière, laissait à peine pénétrer deux doigts. Je fis lever la parturiente et lui administrai 2 grammes d'ergot de seigle espérant ainsi accélérer le travail. Ce fut en vain. A midi voyant que le travail ne se déclarait pas et prévoyant des complications, je prévins le mari et fis demander le Dr Martin d'Auxerre. Ce dernier vint vers 3 heures et son diagnostic ne différa pas du mien. Il pensa toutefois pouvoir terminer l'accouchement, et essaya d'introduire la main, mais il n'y put parvenir. Nous fîmes alors appel aux lumières du Dr Nodot. Ce confrère dont le diagnostic resta également incertain se rallia à l'opinion que j'avais émise et conseilla la temporisation, jugeant une intervention immédiate impossible. Nous pratiquâmes alors le tamponnement du vagin dans le but de provoquer les contractions utérines, et dans l'espoir que le lendemain nous serions plus à même d'agir.

Le lendemain 16 novembre nous nous trouvions réunis près de notre malade et nous constations avec peine que la dilatation n'avait fait aucun progrès. Nous introduisîmes alors dans l'utérus une sonde molle, et je donnai des injections chaudes antiseptiques. Travail nul.

Le dimanche 17, au matin, je retirai la sonde, pratiquai le toucher à l'aide duquel je constatai que nul changement local ne s'était produit. État général un peu moins satisfaisant. Mouvement fébrile modéré. Je me rendis alors à Auxerre et après en avoir conféré avec mes confrères, on télégraphia au Dr Ribemont-Dessaignes. »

Je reçus en effet dans l'après-midi du dimanche une dépêche des plus pressantes. Mais il me fut impossible de me rendre à l'appel de mes confrères et je priai mon ami le Dr Varnier de partir en mon lieu et place. Mon jeune et distingué confrère s'empressa de se rendre près de Mme M... chez laquelle il arriva à 2 heures du matin, le 18. Je lui laisse la parole.

A mon arrivée, dit le Dr Varnier, je trouvai les choses dans l'état suivant : femme à bout de forces, pouls un peu accéléré mais bon, température oscillant depuis la veille aux environs de 39°. Ventre notablement plus volumineux qu'il ne l'est ordinairement au terme de la grossesse ; la région hypogastrique fait une saillie considérable qui déborde la symphyse. Palper rendu très difficile par la tétanisation de l'utérus et l'hyperesthésie de la malade.

Il me permet cependant de faire une constatation importante : au fond de l'utérus et à droite je perçois nettement deux tumeurs du volume d'une pomme d'api, rondes, dures, lisses, mobiles sous la paroi abdominale, faisant corps avec le tissu utérin, manifestement constituées par des fibromes sur lesquels la malade n'avait jamais attiré l'attention du médecin.

Les parties génitales externes sont un peu œdématiées ; la muqueuse vaginale est décapée par le tamponnement fait la veille ; un liquide noirâtre, exhalant une odeur infecte, s'écoule du vagin. Après une toilette antiseptique au sublimé à 1 pour 2000, la malade ayant été changée de lit et chloroformée, la chambre aérée et lavée, je pratique le toucher. Mon doigt est immédiatement arrêté par une tumeur qui comble l'excavation sacrée.

Cette tumeur est médiane, hémisphérique, à surface lisse, plutôt dure, non mobile ; non seulement elle comble l'excavation, mais elle rétrécit d'une façon que nous apprécierons mieux par la suite l'aire du détroit supérieur.

Rapprochant les sensations fournies par le palper et par le toucher, je diagnostique : fibrome du segment inférieur et je vois là la cause principale de la dystocie. Pour trouver le col je dois introduire toute la main dans le vagin et porter l'index et le médius très haut, en avant, dans l'étroit défilé qui sépare la tumeur de la symphyse pubienne. Le col est effacé; les bords de l'orifice sont épais, œdématiés, non dilatables ; la dilatation est grande comme une pièce de 2 francs. A bout de doigt je sens une région fœtale accessible sur une surface très limitée ; je soupçonne qu'il s'agit d'un siège, mais je ne puis l'affirmer faute de points de repère caractéristiques.

Que faire ? tâcher avant tout de dilater cet orifice qui refusait de s'ouvrir spontanément afin de pouvoir établir le diagnostic ferme de la présentation, et juger du degré de perméabilité de la filière pelvigénitale.

J'avais à tout hasard emporté le ballon et la pince du Dr Champetier de Ribes. A six heures, je plaçai dans le segment inférieur, avec la plus grande facilité, le ballon qui fut distendu au maximum. Dès que la parturiente fut sortie du sommeil chloroformique les contractions utérines se manifestèrent avec toute la régularité du travail le plus normal et avec une intensité telle que ma cliente me suppliait bientôt d'enlever l'appareil.

Je tins bon et à 10 heures du matin le ballon, que j'avais partiellement dégonflé pour lui permettre de s'accommoder au rétrécissement, tombait dans le vagin d'où il fut extrait.

La malade ayant été endormie à nouveau, je trouvai la dilatation complète et je pus, par l'exploration manuelle, compléter mon diagnostic : présentation du siège mode des fesses en position gauche variété transversale. Présentation d'ailleurs très inclinée ; le siège, projeté par-dessus la symphyse par la tumeur fibreuse à cheval sur le promontoire, n'engageait dans le sinus déjà signalé que sa hanche postérieure. L'anus et le coccyx étaient inaccessibles. Fœtus très volumineux.

Je tentai la manœuvre de M. Pinard pour abaisser le pied postérieur, n'ayant pas le choix. Elle échoua pour deux raisons : d'abord parce que l'anneau de contraction tétanisé offrait un obstacle infranchissable au passage par flexion du pied et de la jambe dans le segment inférieur; ensuite parce qu'il me fut impossible de porter mes doigts jusqu'au pli du jarret. De champ,

entre la symphyse et la tumeur, je ne pouvais pas faire passer le renflement phalango-phalanginien de mes quatre doigts étroitement collés l'un à l'autre. Ma main ne passait tout entière qu'en supination forcée, à plat devant la tumeur, et dans cette attitude elle ne pouvait avoir de prise solide sur la cuisse postérieure dont elle n'abordait d'ailleurs que la racine.

Je ne pouvais songer ni au crochet ni au lacs : le pli de l'aine postérieure étant seul accessible, mes tractions sur lui, nécessairement antérieures, n'auraient eu d'autre effet que d'augmenter l'inclinaison vicieuse du siège et sa projection antérieure. Je tentai alors en dernier ressort de saisir le fœtus du ventre au dos entre les deux cuillers du basiotribe de M. Tarnier. Je me proposais de réduire par broiement le volume de la région fœtale solidement saisie et en faisant la rotation d'engager le diamètre bitrochantérien dans le grand diamètre transversal de l'ouverture où passait ma main mise à plat.

Si loin que j'en portasse les manches en arrière le basiotribe ne put saisir que la hanche postérieure qu'il lâcha aux premières tractions.

Tout cela avait duré une heure. Je résolus de m'en tenir là et j'envoyai au D[r] Ribemont-Dessaignes une dépêche l'appelant à notre secours et le priant d'apporter tout ce qu'il fallait pour une intervention qui pourrait aller jusqu'à l'opération de Porro.

Je ne m'occupai plus que de remonter les forces de la patiente et de la soumettre à l'antisepsie aussi complète que possible dans les conditions défectueuses de tous points où je me trouvais.

Les contractions utérines persistèrent toute l'après-midi, mais très espacées et peu énergiques. »

Je recevais en effet à 3 heures de l'après-midi la dépêche suivante :

« Impossible par voies naturelles, quatre doigts ne passent « pas. Fibrome très gros, non mobilisable, siège décomplété « fesses. Apportez tout pour Porro ».

Si elle me renseignait nettement sur la cause de la dystocie, cette dépêche ne me faisait que trop clairement entrevoir toute la gravité de la situation.

L'éventualité d'une opération de Porro que je serais peut-être condamné à faire m'apparaissait pleine des plus gran-



des difficultés. Je revoyais les pièces anatomiques d'une femme opérée il y a quelques années à la Maternité, et chez laquelle l'incision césarienne avait failli non pas ouvrir la cavité utérine, mais porter sur un énorme fibrome si ramolli, on pourrait dire si diffluent qu'au palper il avait été impossible d'en reconnaître la présence.

Je partis cependant, armé de tout ce qui m'était nécessaire pour cette opération, ressource extrême, et à deux heures du matin j'étais près de la patiente avec mes confrères Chollet, Nodot, Martin et Varnier. A mon arrivée le Dr Chollet m'apprit que la parturiente venait d'avoir un frisson assez violent et avait vomi.

Je m'attendais, ayant été un assez grand nombre de fois appelé pour terminer l'accouchement dans des cas où l'enfant était putréfié, à retrouver en entrant dans la chambre de cette pauvre femme l'odeur épouvantable qui se répand en pareil cas dans tout un appartement et que je ne connaissais que trop bien. Je fus agréablement surpris en constatant que grâce à la désinfection opérée par M. Varnier l'air n'était nullement vicié. En approchant du lit de la malade et en soulevant ses couvertures il y avait à peine d'odeur.

La malade très fatiguée demande à grands cris qu'on la délivre et d'avance est résignée à tout subir.

Je suis frappé en palpant son ventre par le volume et la dureté de l'utérus.

Je sens nettement les petits fibromes que me signale M. Varnier et je constate que l'utérus fait en avant et au-dessus du pubis une saillie anormale. Il n'y a pas de crépitation gazeuse, nul emphysème par conséquent des sinus utérins.

Je propose à mes confrères de donner de suite le chloroforme, après avoir prévenu le mari des possibilités de mon intervention.

La malade endormie, et ses organes encore une fois désinfectés, je pratique le toucher et reconnais à mon tour que

l'excavation est en grande partie remplie par une tumeur de consistance moyenne occupant la partie postérieure du segment inférieur de l'utérus. Cette tumeur placée à peu près sur la ligne médiane en avant et au-dessous du promontoire semble remonter au delà. L'orifice externe du col à bords épais, revenus sur eux-mêmes, est assez dilatable. Très haut à travers cet orifice j'arrive sur la fesse postérieure du fœtus.

Très désireux avant tout d'éviter l'opération de Porro, je me décide à recourir à l'embryotomie si laborieuse qu'elle puisse être et je choisis d'emblée pour la pratiquer le basiotribe dont je n'utilise pas le perforateur. Je n'avais guère l'espoir de terminer du premier coup, mais je pensais pouvoir engager et abaisser le siège et plus tard morceller le fœtus si cela est nécessaire, ou le laminer à l'aide de basiotripsies répétées portant successivement sur les différentes régions de son corps.

La main droite introduite tout entière dans le vagin je fais pénétrer l'extrémité de mes doigts dans l'étroit espace laissé libre par la tumeur et les engage assez pour reconnaître la situation exacte du sacrum qui est à gauche et transversalement placé.

La première branche du basiotribe pénètre sans difficultés et je m'efforce de porter sa cuiller aussi en avant que possible. La 2e branche guidée par la main gauche est mise en place après quelques tâtonnements.

J'articule et je serre à fond l'écrou, mais dès la première traction le basiotribe dérape.

Je recommence l'application de l'instrument en ayant toujours comme objectif le placement des cuillers au-dessus et en avant de la région pubienne. Je cherche à porter l'instrument le plus haut possible et j'y réussis assez pour que l'articulation soit dans le vagin.

A l'écartement des branches je crois avoir une meilleure prise que précédemment et après avoir serré l'écrou à fond, je commence mes tractions en les dirigeant en arrière

autant que faire se peut. Je sens que ma prise est solide, car malgré des tractions soutenues, énergiques, mais cependant sans violence le basiotribe ne glisse pas. Toutefois je suis bientôt obligé de m'arrêter. Le lit de la parturiente n'est pas très élevé et je ne puis déployer, obligé que je suis d'être à genoux, une force suffisante. Je fais rapidement jeter une épaisse paillasse sur une table solide et mes confrères et moi y transportons notre malade. Je puis maintenant opérer debout et dans de bien meilleures conditions.

Après quelques minutes de tractions bien soutenues, je pratique le toucher, et je constate avec satisfaction que le siège s'est franchement engagé dans l'orifice utérin. Il me semble que la tumeur tend à remonter au-dessus du détroit supérieur. Je reprends avec confiance mes tractions et bientôt un petit jet d'urine m'indique que l'engagement du fœtus s'accentue. La vulve commence à s'entr'ouvrir, les cuillers du basiotribe apparaissent entraînant le siège. Dès lors je crois pouvoir annoncer que je suis maître de la situation.

En effet, le dégagement de l'extrémité pelvienne se fait sans grande peine ; la région abdominale volumineuse et la région thoracique ne tardent pas à sortir en décrivant un léger mouvement spiroïde.

Je vais chercher le bras postérieur que j'abaisse en le fracturant et j'achève le dégagement du tronc en tirant à la fois sur ce bras et sur l'instrument.

Reste la tête que je suppose devoir m'offrir quelques difficultés que je m'apprête à lever en pratiquant son écrasement. Mais ce broiement céphalique est inutile. En effet le doigt introduit dans la bouche fléchit la tête. Une traction modérée exercée sur le maxillaire inférieur en amène la sortie avec une facilité inespérée.

Quelques instants après j'introduis la main dans l'utérus dont je lave largement la cavité avec une injection au sublimé à 1 pour 2000. Je constate que le corps fibreux a subi une ascension complète et qu'il est maintenant tout entier au-dessus du détroit supérieur.

Il s'écoule de l'utérus une certaine quantité de liquide sanieux horriblement fétide. Je décolle le placenta et termine la délivrance.

Pendant que mon confrère et ami M. Varnier continue à laver la cavité utérine et achève la toilette de l'accouchée j'examine le fœtus dont les dimensions m'ont paru anormales surtout au niveau de l'extrémité céphalique.

Le basiotribe a bien été, comme je me le proposais, appliqué d'avant en arrière sur le bassin du fœtus. La branche gauche dépassant les limites du sacrum remonte jusqu'au premières vertèbres lombaires (fig. 1).

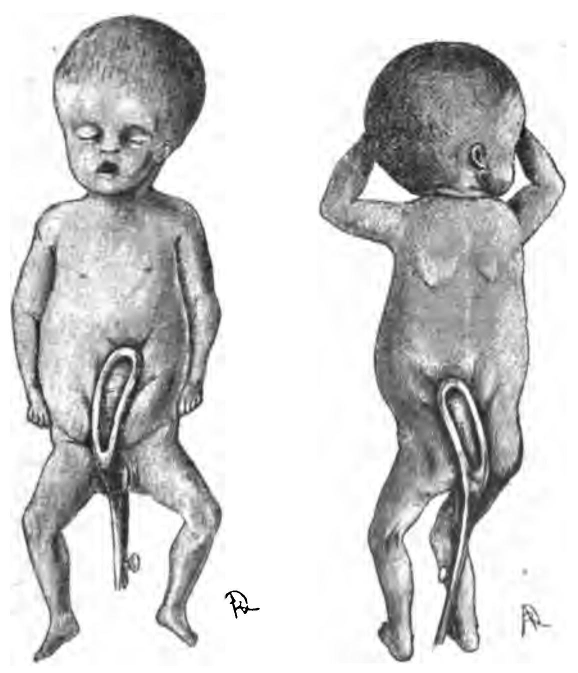


FIG. 1. FIG. 2.

La branche droite dépasse le niveau de l'ombilic (fig. 2). Il est facile de constater que l'instrument n'a pas glissé d'un millimètre malgré l'énergie des tractions assez longtemps prolongées.

Le fœtus bien que putréfié présente encore une résistance remarquable, car il est fréquent de voir la putréfaction amener un tel ramollissement de tous les tissus que sous les moindres efforts ceux-ci se déchirent ; les articulations elles-mêmes ne résistent plus et les membres s'arrachent avec la plus grande facilité.

Le fœtus est volumineux. Je ne puis malheureusement donner son poids. Il mesure 63 centimètres de longueur du talon au bregma. L'extrémité de la cuiller de la branche gauche du basiotribe qui a été mise en rapport avec le dos du fœtus est à 33 centim. du bregma.

La tête grosse, sphérique, à peine ossifiée est le siège d'une hydrocéphalie notable. Une partie du liquide semble avoir disparu, car la tête a la consistance d'un ballon de caoutchouc incomplètement rempli d'eau.

Du menton au bregma elle mesure 18 centim. Le diamètre bipariétal en a 14.

De la racine du nez au bregma il y a 12 centim.

Après avoir de nouveau irrigué la femme M..., nous la reportons dans son lit où elle ne tarde pas à sortir du sommeil chloroformique. L'utérus est bien rétracté, on le sent parsemé de fibromes de volume différent.

Nous prenons congé de notre opérée la confiant aux soins éclairés du Dr Chollet.

Rentré à Paris je fais partir pour Orgy Mme Carpentier, sage-femme, ancienne aide de la Maternité de Beaujon, afin d'assurer chez l'accouchée une antisepsie de tous les instants.

Malgré les soins assidus qui lui sont prodigués pendant trois semaines, Mme M... succombe le 6 décembre à 5 heures du matin, tuée par la septicémie.

Ce fait clinique porte plusieurs enseignements. C'est, croyons-nous, la première fois que le basiotribe est appliqué sur le siège mode des fesses. De nombreuses applications de cet instrument sur la tête nous ont appris depuis longtemps quel merveilleux instrument de broiement et quel puissant

moyen de traction nous trouvons en lui. Malgré sa faible courbure pelvienne nous avons pu en l'introduisant très haut aller saisir le siège au-dessus et jusqu'en avant de la symphyse du pubis. Grâce à cela nous avons pu avoir une prise suffisante pour engager le siège à travers l'étroit espace laissé libre par le corps fibreux. L'ascension du corps fibreux dont une volumineuse portion plongeait dans l'excavation pelvienne, se produisant ainsi sous l'influence de l'engagement du siège, est un fait qui vient s'ajouter à bien d'autres, à l'appui de l'opinion de notre excellent maître le professeur Tarnier. Celui-ci préfère en effet la présentation du siège à celle du sommet quand le segment inférieur est occupé par un fibrome. L'ascension de ce dernier devient plus aisée.

M. le Dr Varnier (1) a récemment fait ressortir le service que l'on a obtenu et que l'on peut attendre en pareil cas du dilatateur de mon cher collègue et ami Champetier de Ribes. Nul doute qu'il nous eût permis d'obtenir quatre jours plus tôt une dilatation suffisante pour parfaire le diagnostic et opérer avant l'infection de l'organisme par les produits de la putréfaction fœtale, c'est-à-dire avec toutes les chances de sauver les jours de la malade.

REMARQUES CLINIQUES ET OPÉRATOIRES SUR UNE SÉRIE DE TRENTE LAPAROTOMIES (2)

Par MM. **Pozzi**, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal, **De Lostalot-Bachoué** et **Baudron**, internes des hôpitaux.

I. — KYSTES DE L'OVAIRE

Il est utile d'établir une division suivant qu'on a affaire à de grandes poches susceptibles d'acquérir un développement

(1) *Gazette hebdomadaire*, n° 6, 8 février 1890.

(2) Ces observations ont trait aux opérations faites du mois de février 1889 au mois de février 1890, soit dans le service de gynécologie de l'hôpital

considérable remplissant tout l'abdomen, ou qu'il s'agit de cette forme particulière de cavités kystiques (kystes folliculaires, kystes du corps jaune) qui ne dépassent jamais certaines dimensions et ne s'élèvent pas au-dessus de la cavité pelvienne. Ces kystes, généralement multiples, à contenu séreux ou hématique, peuvent transformer tout l'organe en une masse bosselée qui, lorsqu'on a pratiqué l'évacuation des poches, est réduite aux minces cloisons des cavités, et est par cela même remarquablement peu considérable, la substance de l'ovaire étant détruite en presque totalité. Cette distinction n'a été qu'ébauchée par Lawson Tait et mériterait de plus longs développements dans lesquels nous ne pouvons entrer ici; il y a là en effet une espèce anatomique et clinique parfaitement définie, que M. Pozzi a proposé d'appeler *maladie kystique de l'ovaire*. Elle est souvent bilatérale.

Les symptômes de cette dégénérescence polykystique se confondent au double point de vue des signes physiques et rationnels avec ceux des tumeurs de la trompe dont il est presque impossible de les distinguer avant l'ouverture du ventre.

Ces faits sont toutefois entièrement distincts de ce qu'on a appelé la dégénérescence micro-kystique des ovaires, caractérisée par de petites lacunes du volume d'une lentille ou d'un pois, siégeant au sein du tissu scléreux d'une ovarite chronique.

GRANDS KYSTES

OBS I (1) (RÉSUMÉE). — *Kyste de l'ovaire droit avec élongation du pédicule. — Ovariotomie. — Guérison.* — Mme D..., âgée de 26 ans, réglée à 11 ans, toujours régulièrement; légères douleurs

Pascal, soit en ville. Un grand nombre de laparotomies a été, en outre, fait à l'hôpital Pascal par M. Picqué, chirurgien des hôpitaux, pendant les mois qu'il a suppléé M. Pozzi.

(1) Observation publiée *in extenso*, par M. DE LOSTALOT, *Bulletin de la Soc. anat.*, avril 1889, p. 295.

au moment des règles. Mariée il y a 12 ans, a eu trois enfants dont le dernier a cinq ans.

Début apparent de la maladie peu après le dernier accouchement, par des douleurs abdominales assez vives. Il y a 3 ans surtout, le ventre à commencé à augmenter de volume. Six mois plus tard crises douloureuses avant ou après les règles. La malade a eu environ quinze crises semblables dont la dernière en août 1888.

En janvier 1889, à Périgueux, ponction qui donne issue à 1/2 verre d'un liquide semblable à du café clair.

Le 31 mars elle est vue par M. Pozzi. Le ventre est du volume d'une grossesse à terme. Pas d'ascite, à droite tumeur lisse, fluctuante, bien limitée supérieurement.

Laparotomie le 6 avril par M. Pozzi, assisté de MM. Baudron et de Lostalot, internes du service. Incision abdominale de 7 cent. A l'ouverture du ventre, on trouve le kyste adhérent par toute sa circonférence à l'épiploon, à la paroi abdominale antérieure et à l'intestin; ces adhérences étaient très vasculaires; après leur rupture assez facile, faite au moyen de la main introduite à plat entre le kyste et la paroi abdominale, le kyste a été ponctionné, et la poche attirée à l'extérieur. M. Pozzi constate alors, non une *torsion du pédicule* ainsi que l'avaient fait prévoir les symptômes cliniques, mais une *élongation de ce pédicule*; celui-ci présentait une longueur de 15 à 20 centimètres; il était de la grosseur d'une plume d'oie, d'aspect fibroïde, très peu vasculaire, donnant au toucher la sensation d'un gros canal déférent ; la nutrition du kyste se faisait, non par les vaisseaux du pédicule, mais par les adhérences nombreuses et vasculaires; le pédicule a été lié par un nœud de Lawson Tait, au moyen d'un fil de soie, sectionné et réduit dans l'abdomen.

L'épiploon dilacéré par la rupture des adhérences n'est pas excisé. Ablation de l'ovaire gauche atteint de dégénérescence polykystique. Durée de l'opération 25 minutes; ni lavage ni drainage.

Le grand kyste contenait une assez grande quantité de sang qui se présenta sous forme de caillots fibrineux rétractés. On note des traces d'apoplexie interstitielle sous forme d'une vaste ecchymose noirâtre.

Aucune réaction fébrile les 6 premiers jours, vers le 8e, la température s'élève à 38°,5. Abcès profond dépendant sans doute d'une

épiploïte qui est incisé et drainé. Vers le 15e jour, douleurs au niveau du pédicule gauche. L'abcès se cicatrise sauf un petit trajet fistuleux qui persiste jusqu'à l'élimination du fil de soie qui liait le pédicule gauche, cinq mois après l'opération. La malade revue, 15 octobre, est en parfaite santé.

Cette observation offre un exemple, que nous croyons jusqu'ici unique, d'élongation du pédicule ayant occasionné des symptômes semblables à ceux de la torsion en agissant par le même mécanisme (occlusion des vaisseaux). Il est infiniment probable que le kyste à ses débuts avait été porté très haut dans l'abdomen par le développement de l'utérus gravide et y avait contracté des adhérences étendues avec l'épiploon. Après l'accouchement, le retrait de l'utérus a opéré une traction qui s'est exercée surtout sur le pédicule et l'a réduit à un cordon fibreux, tandis que la nutrition du kyste continuait à se faire par les riches adhérences épiploïques. Les conséquences habituelles de la torsion du pédicule se sont ici produites : hémorrhagies intra-kystiques, péritonite localisée, douleurs intenses.

Au point de vue opératoire, il faut signaler la dilacération considérable qu'on a dû faire subir à l'épiploon pour le détacher ; quelques ligatures au catgut avaient été appliquées sur cette membrane ; or, ce catgut, insuffisamment préparé (ainsi que l'a démontré une expérience ultérieure) a donné lieu à de la suppuration : cette épiploïte qui s'est révélée par l'apparition d'une tumeur ligneuse formant un plastron sous la cicatrice, et par une élévation de la température, a été l'origine d'un vaste abcès rapidement tari après l'incision pratiquée au niveau de la plaie. Mais la ligature du pédicule avait sans doute été infectée de la sorte, et un trajet fistuleux a persisté pendant plusieurs mois, jusqu'à l'élimination de deux anses de fil de soie qui étaient ainsi devenues intolérables pour les tissus.

OBS. II (RÉSUMÉE). — *Kyste de l'ovaire droit. — Maladie kystique de l'ovaire gauche. — Ovariotomie. — Guérison.* — **La nommée Marie M..., 25 ans, giletière, salle Pascal, n° 26.**

Réglée à 16 ans régulièrement, sans douleurs : Mariée à 21 ans. Une seule grossesse en février 1888. Accouchement à terme. La malade souffre depuis cet accouchement, surtout au moment des règles qui sont restées normales. Les douleurs qui siégeaient d'abord à l'hypogastre sont actuellement localisées au niveau du nombril : ce sont surtout des sensations de tiraillements, de crampes.

Tumeur abdominale globuleuse, comme une grosse tête de fœtus à terme, très mobile, fluctuante, sans connexion avec l'utérus.

Laparotomie le 28 mai 1889, par M. Pozzi assisté de MM. de Lostalot et Baudron, internes du service.

Incision de 7 centim. Quelques adhérences intestinales et pariétales facilement rompues. Ponction du kyste qui contient environ 2 litres de liquide chocolat. Ablation de la poche et de l'ovaire gauche criblé de petits kystes.

Réunion par première intention. Aucune réaction fébrile. La malade sort guérie le 20 juin.

OBS. III (RÉSUMÉE). — *Kyste de l'ovaire droit avec torsion du pédicule. — Ovaire gauche polykystique. — Laparotomie. - Guérison.* — La nommée Ler..., Céline, institutrice, âgée de 31 ans, lit n° 21. Réglée à 14 ans régulièrement. Menstruation précédée et suivie de périodes douloureuses (2 à 3 jours).

Le 16 avril 1889, la malade reçoit dans la fosse iliaque droite un coup de tête d'un enfant. Le soir douleur violente à ce niveau. Le surlendemain, en pleine rue, la malade est prise de violentes douleurs abdominales, de sueurs profuses, d'une faiblesse extrême au point qu'on doit la ramener chez elle en voiture.

Depuis lors les douleurs ont persisté, mais sans aggravation des troubles de la menstruation.

Depuis un mois son ventre grossit. Amaigrissement notable.

Dans le flanc droit, tumeur ovoïde lisse (tête de fœtus) très mobile, indépendante de l'utérus.

Diagnostic : kyste de l'ovaire droit avec torsion du pédicule.

Laparotomie le 23 juillet par M. Pozzi assisté de MM. Laffitte et de Lostalot, internes du service. Incision de 8 centim., pas d'adhérences. Ponction du kyste qui contient environ 2 litres de liquide épais, chocolat. Ablation de la poche et de l'ovaire gauche polykystique. Durée de l'opération 30 minutes. Suites très simples.

Réunion par première intention, sauf en un point à l'angle inférieur de la plaie. La malade sort guérie le 20 août.

Les observations II et III sont intéressantes par l'association des deux formes que nous avons distinguées dans l'altération kystique des ovaires : d'un côté *grand kyste*, de l'autre, *maladie kystique*. D'après la forme anatomique de cette dernière nous ne croyons pas qu'il s'agisse là du début d'un mégalokyste. M. Pozzi a du reste plusieurs fois observé cette pareille coïncidence dans ses ovariotomies : il est nécessaire, d'explorer toujours avec soin l'ovaire du côté réputé sain avant de refermer le ventre.

OBS. IV (RÉSUMÉE). — *Kyste de l'ovaire droit. — Maladie kystique de l'ovaire gauche. — Ovariotomie double. — Guérison.* — Mme Laf..., 35 ans, réglée à 11 ans régulièrement. 1re grossesse douloureuse en 1881. 2e grossesse normale en 1886.

Depuis son dernier accouchement, douleurs dans le bas-ventre, les reins, les cuisses. État névropathique perpétuel. Leucorrhée abondante, trois ménorrhagies dont l'une a duré 23 jours. Quatre mois après l'accouchement, pelvipéritonite qui a duré 3 mois. M. Pozzi pratique un curettage utérin le 10 avril 1889, mais le soulagement immédiat n'a pas duré.

Laparotomie le 16 juin par M. Pozzi, assisté de MM. Baudron et de Lostalot, internes du service.

Incision de 6 centim., on tombe sur une tumeur blanchâtre, nacrée, du volume d'une grosse orange, molle, fluctuante. C'est l'ovaire droit kystique placé entre l'utérus et la paroi abdominale. Il est ponctionné et contient deux verres de liquide citrin. Il est enlevé. A gauche, la masse salpingo-ovarienne est extrêmement adhérente. L'ovaire est polykystique à petites cavités du volume d'un pois à une noisette, la trompe légèrement augmentée de volume. L'un et l'autre sont excisés. Hémorrhagie insignifiante au niveau des adhérences rompues. Ni lavage ni drainage. Durée de l'opération, 30 minutes. Aucune réaction fébrile ; réunion par première intention.

La malade repart pour son pays et guérie dans les premiers jours de juillet.

Il s'agit ici d'un cas très complexe. Il existait en effet chez cette malade à la fois une endométrite et des lésions des annexes qu'on avait attribuées à un hydrosalpinx. Un curettage lui avait procuré un grand soulagement, mais chez elle la métrite était évidemment deutéropathique et liée à l'altération des annexes par le mécanisme signalé par Czempin. A l'ouverture du ventre on trouva un kyste de l'ovaire droit du volume d'une tête de fœtus qui avait pu être senti distinctement pendant l'anesthésie tandis que la malade étant éveillée il était masqué par les reliefs des muscles droits. Les trompes étaient atteintes de salpingite parenchymateuse chronique et l'ovaire gauche était intimement adhérent aux parois pelviennes dont il put être détaché par dilacération ; malgré l'étendue des délabrements ainsi faits, M. Pozzi ne crut devoir faire ni lavage ni drainage, l'opération ayant été tout à fait aseptique. Il eût agi autrement pour peu qu'il y eût eu effusion de pus ou de matières septiques.

OBS. V. — *Très grand kyste gélatineux de l'ovaire droit. — Fibromes utérins. — Ovario-hystérectomie. — Pédicule intra-péritonéal. — Mort.*

Mlle Cav..., 60 ans, malade depuis 1883; à cette époque, crises gastralgiques des plus violentes, traitement suivi à Royat ; l'année suivante (1884) douleurs dans le côté droit ; consultation des docteurs Bamberger, Brown et Bartsch de Viennne qui diagnostiquent une tumeur de l'ovaire droit ; à la suite de deux saisons passées à Franzensbad, persistance des douleurs, œdème des membres inférieurs ; en novembre 1886, écoulement très abondant par le vagin d'un liquide trouble ; à partir de l'année 1881, amaigrissement considérable, vomissements, diarrhée alternant avec la constipation. Ménorrhagies, tandis que jusqu'à cette époque les règles avaient été peu abondantes.

Depuis le mois de février 1889, dégoût des aliments, vomissements, diarrhée constante, affaiblissement considérable coïncidant avec une rapide augmentation du volume du ventre. Le Dr Pozzi diagnostique alors un kyste multiloculaire.

Laparotomie, le 7 mai 1889.

A l'ouverture du ventre, on tombe sur un kyste ovarique du

volume d'une grossesse à terme, multiloculaire, gélatineux, développé aux dépens de l'ovaire droit, et ayant dédoublé le ligament large jusqu'à l'utérus; la trompe très développée est accolée au kyste : l'utérus, qui est du volume de deux poings, contient plusieurs fibromes; il existait aussi un peu d'ascite. On est obligé d'enlever l'utérus qui adhère à la tumeur ovarienne.

Traitement intra-péritonéal du pédicule après cautérisation au thermocautère.

Suites opératoires, bonnes les trois premiers jours, mais la malade qui vomit tout ce qu'elle prend, meurt le 16e jour d'inanition

Cette malade était très cachectique. L'opération elle-même offrit de grandes difficultés. La partie antérieure de la tumeur était occupée par une masse alvéolaire à contenu gélatineux que la ponction ne put évacuer. Une poche liquide était complètement cachée derrière cette masse solide. La tumeur fut extraite du ventre par une incision relativement petite eu égard à son volume, mais grâce à un mouvement de rotation sur son axe, l'utérus bascula avec elle. Il lui était intimement adhérent, la tumeur ayant dédoublé le ligament large. Afin d'abréger le plus vite possible la durée de l'opération on pratiqua l'ablation de l'utérus en même temps que celle de la tumeur dont il n'eût été que très laborieusement détaché.

Il faut noter aussi l'énorme dilatation de l'estomac qui descendait jusqu'au pubis en formant une poche affaissée et flasque à la manière d'un tablier. Il est très probable que cette particularité doit entrer pour une part considérable sinon prépondérante dans les causes de la mort. En effet la malade n'a succombé à aucun accident péritonitique; elle s'est éteinte d'inanition, tous les aliments étant rejetés, le 16e jour après l'opération.

B. — MALADIE KYSTIQUE DES OVAIRES

OBS. I (RÉSUMÉE). — *Maladie kystique des deux ovaires. — Laparotomie. — Ablation. — Guérison.* — La nommée Marguerite

R. de V..., âgée de 24 ans, a été réglée à 17 ans, toujours irrégulièrement. Mariée à 21 ans, devient enceinte presque immédiatement. Grossesse pénible, douleurs abdominales, phénomènes dyspeptiques. Accouchement à terme d'un enfant ayant actuellement 21 mois. Délivrance au bout de 22 heures. Au 5e jour après l'accouchement, pelvi-péritonite qui a duré 4 mois. Depuis lors douleurs abdominales constantes. Métrorrhagie abondante en mai 1889, suivie d'une nouvelle poussée de pelvi-péritonite qui a duré 2 mois : les douleurs sont toujours allées en augmentant depuis cette dernière poussée aiguë.

Après examen sous chloroforme; M. Pozzi porte le diagnostic de salpingo-ovarite double avec maladie kystique de l'ovaire droit.

Laparotomie le 12 novembre 1889, par M. Pozzi, assisté de MM. Baudron et de Lostalot, internes du service. Incision de 6 cent. Ablation des annexes des deux côtés. Adhérences surtout considérables du côté droit. L'ovaire de la grosseur d'un œuf criblé de petits kystes est adhérent à l'appendice iléo-cæcal qui en est détaché avec précaution. Durée de l'opération, 30 minutes.

Aucune réaction fébrile. Réunion par première intention. La malade sort guérie le 30 novembre.

Nous attirerons l'attention sur une particularité anatomique constatée au cours de l'opération, l'adhérence de l'appendice iléo-cæcal à la trompe droite. Ce fait est assez fréquent et peut causer une méprise redoutable, le cordon dur que forme l'appendice pouvant être pris pour le pédicule.

Obs. II (résumée). — *Maladie kystique des deux ovaires. Laparotomie. — Guérison.* — La nommée Clémence Po..., âgée de 24 ans, sans profession, est couchée au lit n° 24.

Réglée à 10 ans, régulièrement mais avec abondance (pendant 8 à 12 jours). Dès l'âge de 12 ans la malade a été sujette aux crises nerveuses. Mariée à 20 ans, ses crises diminuent de fréquence et d'intensité, les règles sont moins profuses.

En 1884, 1re grossesse normale; 2e grossesse également normale en 1886. Six mois après ce dernier accouchement, les règles sont devenues irrégulières et extrêmement abondantes, dans leur intervalle la leucorrhée était considérable. Les douleurs abdominales sont si violentes qu'elles obligent la malade à s'aliter fréquemment.

Elle entre dans un autre hôpital au mois de juin 1888 et subit successivement sans aucun soulagement trois curettages de l'utérus à un mois d'intervalle. Quand elle entre à Pascal le 7 décembre 1889 la marche est impossible, la station debout fort pénible.

L'examen ne peut être pratiqué que sous chloroforme tant la pression des culs-de-sac vaginaux est douloureuse. M. Pozzi fait le diagnostic de maladie kystique des deux ovaires adhérents avec salpingite parenchymateuse double.

La laparotomie est faite le 13 décembre par M. Baudron, interne du service.

Incision de 6 cent. Ablation des annexes des deux côtés. Les deux ovaires polykystiques du volume d'un œuf, sont très adhérents surtout le gauche. Ni lavage ni drainage. Durée de l'opération 22 minutes.

Suites opératoires très simples. Aucune réaction fébrile. Réunion par première intention. La malade quitte l'hôpital le 2 janvier. Revue le 31 janvier, elle a repris ses occupations et ne souffre plus.

Ce cas est un exemple frappant de l'influence indirecte sur la muqueuse utérine, des affections même non inflammatoires des annexes. Cette malade avait été traitée trois fois par le curettage, mais son endométrite n'avait pu être guérie, la cause résidant dans l'altération des ovaires. L'ablation de ces derniers a provoqué la guérison qui avait résisté au traitement local de l'endométrite.

Obs. III (résumée). — *Maladie kystique des deux ovaires. — Ovariotomie double. — Guérison.* — Mme B..., 22 ans, réglée à 11 ans, irrégulièrement, sans douleurs. En 1884, grossesse normale. Un mois après l'accouchement leucorrhée abondante avec douleurs lombo-sacrées, nausées, vomissement, état nerveux très accentué. Pas de métrorrhagies; règles normales mais douloureuses.

En juin 1889, curettage de l'utérus par M. Pozzi qui diagnostique une double lésion des annexes et laisse entrevoir l'éventualité d'une laparotomie.

La laparotomie est pratiquée le 15 novembre 1889, par M. Pozzi, assisté de MM. Baudron et de Lostalot, internes du service. Inci-

sion de 6 cent. Les annexes extrêmement adhérentes dans le cul-de-sac de Douglas sont successivement décortiquées et excisées. Des deux côtés on se trouve en présence d'ovaires du volume d'un œuf ressemblant à des grappes de petits kystes. Les deux trompes sont rouges, peu volumineuses. Durée de l'opération, 25 minutes. Suites très simples. Aucune réaction fébrile, réunion par première intention. Les douleurs ont persisté quelque temps au niveau du pédicule gauche. Actuellement 28 janvier, elles ont presque disparu. La malade a repris de l'embonpoint et ne se plaint que d'une insomnie opiniâtre.

Chez cette malade, l'examen clinique et les antécédents avaient fait croire à une collection de la trompe. Le toucher notamment donnait une sensation tout à fait analogue à celle fournie par un kyste tubaire accolé au ligament large et prolabé dans le cul-de-sac de Douglas. Les signes rationnels étaient identiques. Cette observation est donc un exemple de l'impossibilité de faire avant l'ouverture du ventre un diagnostic anatomique précis entre la maladie kystique des ovaires et une tumeur de la trompe. Cette malade opérée depuis deux mois ressent encore quelques douleurs abdominales quoiqu'elle se trouve considérablement soulagée. Il faut être averti de cette persistance possible des douleurs longtemps après l'opération. Elles se manifestent surtout dans les cas où l'on a été obligé de détruire de fortes adhérences. Elles se dissipent ordinairement au bout de quelques mois.

Obs. IV (résumée). — *Maladie kystique des deux ovaires. — Kyste inclus. — Laparotomie. — Guérison.* — La nommée Gr..., Claudie, 19 ans, modiste, est couchée salle Pascal A, lit n° 6. Réglée à 12 ans, irrégulièrement jusqu'à 14 ans. Fausse couche de 7 mois, il y a 18 mois. Depuis cette époque douleurs dans le bas-ventre avec irradiations vers les reins et les cuisses, s'exaspérant avec la menstruation, par la fatigue. Métrorrhagies. Dans l'intervalle des règles leucorrhée abondante, métrorrhagie considérable il y a 4 mois entre deux époques (fausse couche ??). Actuellement les douleurs sont surtout localisées à droite.

Etat général excellent.

Laparotomie le 8 mai par M. Pozzi, assisté de MM. Laffitte et Baudron, internes du service. Incision médiane de 6 cent.

A gauche, tumeur salpingo-ovarienne, très adhérente, trompe du volume du pouce, non suppurée; ovaire criblé de petits kystes dont l'un du volume d'une noisette se rompt pendant la décortication et laisse écouler un liquide citrin.

A droite, tumeur très adhérente, ovaire polykystique, l'un des kystes s'est développé en dédoublant les deux feuillets du ligament large, il a le volume du poing et est coiffé par la trompe qui est du volume de l'index et non suppurée. Le pédicule très large à droite est lié par trois points en chaîne. Le ventre est refermé sans lavage ni drainage; l'opération à duré 35 minutes.

Aucune réaction fébrile jusqu'au 4e jour où la température vespérale atteint 38°; on désunit alors l'angle inférieur de la cicatrice qui laisse écouler une cuillerée à café de pus. Lavage et drainage de cet abcès superficiel. Malgré cela, les jours suivants la température se maintient autour de 38°-38°,5. On constate alors dans le cul-de-sac vaginal droit une masse empâtée du volume d'une mandarine (hématocèle sous-péritonéale?) Sous l'influence des injections vaginales à 45° répétées toutes les deux heures, l'empâtement rétrocède rapidement et la température retombe à 37°.

La malade quitte l'hôpital le 25 juin et part pour Vichy. Elle a été revue le 28 septembre convalescente d'une fièvre typhoïde. Elle ne souffre plus et vient d'avoir ses règles pendant 4 jours.

Nous signalons la disposition anatomique assez rare observée dans ce cas : l'ovaire polykystique s'étant développé en dédoublant les feuillets du ligament large où il était inclus. Cette particularité rend probablement compte de la légère paramétrite observée pendant la convalescence et qui sans doute avait pour origine un peu de suffusion sanguine dans l'épaisseur du ligament large. Lawson Tait signale comme très fréquente cette forme d'hématocèle sous-péritonéale post-opératoire.

C. — HYSTÉRECTOMIES ABDOMINALES

Obs. I (résumée). — *Fibro-myôme de l'utérus. — Hystérectomie abdominale. — Guérison.* — Mme Bouss..., 31 ans, réglée à 12 ans, très irrégulièrement jusqu'à 16 ans. A partir de 16 ans, menstruation régulière mais douloureuse. Mariée à 20 ans. Quelque temps après fausse couche de trois mois. Depuis cette époque douleurs constantes dans le bas-ventre avec exaspération au moment des règles.En 1886 les règles commencent à devenir très abondantes. Le Dr Gallard diagnostique un fibrome et envoie la malade faire successivement deux saisons à Néris et à Salies-de-Béarn. Depuis quelques mois la malade perd constamment du sang. M. Pozzi diagnostique un fibrome interstitiel situé à la limite du fond de l'utérus et de la paroi antérieure.

Laparotomie, le 10 novembre 1889 par M. Pozzi assisté de MM. de Lostalot et Baudron, internes du service : incision abdominale de 15 cent.; utérus attiré au dehors du ventre, et placement d'une ligature élastique provisoire; M. Pozzi pratique une incision de 8 centim. sur la paroi utérine; pendant les tentatives d'énucléation par le procédé de Martin, la cavité utérine est ouverte, le myôme étant sous-muqueux et très adhérent de toutes parts; M. Pozzi se décide alors à pratiquer sur-le-champ l'hystérectomie abdominale; avec pédicule extra-péritonéal; pansement de la gouttière péripédiculaire avec un mélange de tannin et d'iodoforme.

Suites opératoires simples : la température n'a pas dépassé 37°,5; chute du pédicule au 18e jour. La malade est partie guérie le 10 janvier 1889.

La forme globuleuse de l'utérus et la palpation combinée avec le cathétérisme utérin ayant permis de faire le diagnostic très exact de corps fibreux interstitiel de la face antérieure de l'utérus, M. Pozzi conçut dès lors le projet de faire l'énucléation intra-péritonéale suivant le procédé de Martin. Ce fait vient démontrer les difficultésauxquelles peut se heurter parfois cette opération. Le corps fibreux était adhérent de toutes parts, tant aux tissus utérins qu'à la muqueuse utérine qui le recouvrait en partie, si bien que la cavité de l'organe se trouvait largement ouverte après l'ablation de la

tumeur. A la vérité, la suture de la muqueuse et de la plaie utérine a été faite en pareil cas, mais il est évident que le moignon réduit dans l'abdomen expose alors aux mêmes dangers de septicémie que le pédicule réduit dans le ventre après l'hystérectomie suivant la méthode de Schrœder. M. Pozzi pense donc que l'énucléation intra-péritonéale suivie de suture de la plaie utérine et de réduction dans le ventre ne constitue un progrès que lorsque la cavité utérine n'a pas été ouverte. C'est pourquoi il se décida immédiatement à maintenir à l'extérieur le pédicule creux qu'avait ici donné l'énucléation et à appliquer la méthode de traitement de Hegar.

Il faut spécialement signaler les grandes précautions que l'on dut prendre pour ne pas placer la ligature élastique sur le bas-fond de la vessie remontant assez haut le long de la face antérieure de l'utérus. Une broche fut préventivement placée sur cette dangereuse frontière avant d'appliquer le cordon de caoutchouc afin d'éviter qu'elle ne fût franchie. Cette précaution sera utilement observée dans tous les cas analogues. Le cathétérisme explorateur de la vessie doit être pratiqué à ce moment-là avec une sonde d'homme.

Le pansement a été fait en remplissant d'un mélange de tannin (4 parties) et d'iodoforme (1 partie) le sillon péripédiculaire ménagé autour du moignon utérin par l'absence de sutures des plans fibro-musculaires à ce niveau. Ce mélange est préféré par M. Pozzi à celui de 2 parties de tannin et 1 partie d'acide salicylique employé par Freund et Kaltenbach. Le premier pansement peut être laissé en place de 4 à 6 jours et les suivants être renouvelés tous les deux jours; ce n'est que lorsque la plaie péripédiculaire commence à devenir granuleuse qu'on insinue des lanières de gaze iodoformée au fond de cet entonnoir. Le pansement pulvérulent a pour avantage de momifier et de racornir l'eschare pédiculaire beaucoup mieux que ne le faisaient les applications de chlorure de zinc employées précédemment.

L'hystérectomie avait été ici précédée de l'ablation des

deux ovaires et des deux trompes ; ces organes étaient réunis en une masse polykystique formant une grappe de petites poches à parois minces. Cette dégénérescence avancée des annexes est une des raisons qui ont poussé M. Pozzi à pratiquer l'hystérectomie au lieu de s'en tenir à la castration. Il était en effet vraisemblable que les réflexes hémorrhagipares ne pouvaient partir d'organes aussi altérés et où toute fonction physiologique paraissait abolie.

Obs. II (résumée). — *Fibro-myôme utérin pesant* 14 *livres.* — *Hystérectomie abdominale.* — *Plaie de la vessie.* — *Guérison.* — Mme Sint.., d'Agen, 35 ans, salle Pascal, lit n° 24. Réglée à 11 ans régulièrement. Mariée à 16 ans. Trois grossesses normales, une fausse couche. Depuis 20 ans les règles sont très abondantes et un peu douloureuses. Il y a 10 ans le Dr Andrieux d'Agen constata chez cette malade l'existence d'une tumeur siégeant à droite du bas-ventre. Cette tumeur a surtout pris un développement considérable depuis deux ans. Une seule période hémorrhagique il y a cinq ans ; elle a duré 6 mois. La malade entre à Pascal le 6 décembre 1889.

A la vue, le ventre paraît énorme, sa surface est irrégulière : il proémine surtout sur la ligne médiane et à droite où fait saillie une tumeur grosse comme une tête d'adulte. Par la palpation on trouve que ces tumeurs sont dures, mobiles simultanément. A la percussion, on trouve une matité absolue répartie sur toute la surface du ventre et séparée de la partie supérieure de l'abdomen par une zone sonore.

Par le palper abdominal et le toucher vaginal on trouve les culs-de-sac vaginaux antérieur, postérieur et latéral droits occupés par une masse dure ; les mouvements imprimés à la tumeur par le palper abdominal sont transmis à la tumeur que l'on sent dans les culs-de-sac. Le col utérin est introuvable et semble siéger dans un infundibulum très profond constitué par le cul-de-sac latéral gauche ; le cathétérisme a été impossible à pratiquer. Par le toucher rectal, on trouve le cul-de-sac de Douglas occupé par une masse dure dans laquelle on ne distingue pas l'utérus.

Le malade a éprouvé de temps en temps des douleurs disséminées dans le ventre et qui semblent dues à des poussées périto-

nitiques. Phénomènes de compression consistant en constipation, douleurs dans le fondement, miction fréquente et douloureuse.

Le diagnostic porté par M. Pozzi est celui de myôme de l'utérus. Il existe de plus un petit fibrome à chaque sein.

Opération le 12 décembre 1889, avec l'aide de MM. de Lostalot et Baudron, interne du service : à l'ouverture du ventre, on tombe sur une énorme tumeur fibreuse qui remplit la partie médiane et droite de l'abdomen et repose par sa base sur le plancher pelvien; après quelques efforts et l'agrandissement de l'incision abdominale qui remonte jusque près de l'appendice xiphoïde, la tumeur est extraite de la cavité abdominale ; M. Pozzi s'aperçoit alors qu'elle n'est pas pédiculisable, mais incluse dans le ligament large droit, et enveloppée d'une coque séro-fibreuse très vasculaire ; l'intestin lui adhère sur toute la partie postérieure ainsi que l'épiploon : la tumeur n'étant pas pédiculisable, il est impossible de faire une hémostase provisoire; M Pozzi ouvre largement la coque qui enveloppe la tumeur et les nombreux vaisseaux sont pincés au fur et à mesure qu'ils donnent du sang; pendant les manœuvres opératoires, un aide tient la tumeur soulevée dans ses deux mains. En incisant la coque séro-fibreuse de la tumeur, un coup de ciseaux est donné malheureusement sur la vessie et celle-ci est ouverte sur une étendue de 6 à 7 cent. ; une sonde d'homme introduite alors dans le réservoir urinaire permet de constater que la vessie remontait très haut sur la face antérieure de la tumeur à laquelle elle était intimement adhérente. La plaie vésicale est suturée au catgut par deux surjets superposés. Le pédicule utérin est maintenu en dehors du péritoine au moyen de deux broches, et le péritoine pariétal est suturé à la circonférence de ce pédicule ; la gouttière péripédiculaire est pansée au moyen d'un mélange de tannin et d'iodoforme; la poche du ligament large d'où a été extraite la tumeur et la cavité prévésicale de Retzius sont tamponnées avec de la gaze iodoformée, et une sonde à demeure doit être conservée nuit et jour. Durée de l'opération : 50 minutes. La tumeur pesait 14 livres. Suites opératoires excellentes; jusqu'au 6e jour qui a suivi l'opération, la malade n'a pas rendu d'urines par la plaie ; la 7e nuit, la malade, très indocile, retire sa sonde vésicale; le lendemain le pansement est souillé par de l'urine; il se forme dès lors une fistule urinaire qui est aujourd'hui presque fermée (10 février) et ne laisse écouler que quelques gouttes d'urine quand

la vessie est distendue. La chute du pédicule s'est faite le 18e jour, et actuellement la plaie abdominale est complètement cicatrisée, la malade quittera l'hôpital incessamment.

Une grande difficulté opératoire résultait ici de l'impossibilité de faire l'hémostase provisoire par la ligature élastique, la tumeur n'étant pas pédiculisable, mais étant fixée largement sur le plancher pelvien par une coque séro-fibreuse parcourue par de gros vaisseaux ; force était donc de procéder rapidement à l'ouverture de cette coque et à la décortication de la tumeur en plaçant au fur et à mesure de longues pinces sur les tranches des tissus divisés, ce qui fut fait le plus rapidement possible, tandis qu'un aide tenait à pleines mains la tumeur soulevée. L'hémostase put être ainsi facilement effectuée pour que la malade ne perdît qu'une quantité insignifiante de sang. Mais, dans la dernière partie de l'opération, les rapports étant complètement dénaturés par la torsion imprimée à la tumeur, un coup de ciseaux, comme il a été dit ci-dessus, fut donné sur la vessie qui s'élevait à une hauteur considérable et formait sur la face antérieure une sorte de prolongement diverticulaire. Cet accident eût pu être certainement prévenu si une sonde d'homme eût été maintenue dans le réservoir urinaire, ce qu'on ne devra jamais négliger en pareil cas.

Le mode de suture adopté pour réparer la plaie vésicale (suture au catgut à deux étages superposés) aurait très probablement donné ici un résultat complet sans l'indocilité de la malade qui retirait à chaque instant la sonde à demeure qu'on avait eu le soin de placer dans la vessie; les urines ne se sont pas écoulées par la plaie jusqu'au sixième jour. Le choix du catgut pour la suture a été fait de préférence à la soie à cause de la présence du pédicule destiné à se nécroser et à fournir des liquides qui auraient certainement produit l'infection d'un fil perméable et poreux comme l'est la soie ; le crin de Florence, avec lequel on pourrait être tenté de remplacer le catgut, présente l'inconvénient de ne pas se

prêter à la suture en surjet et de ne donner même avec des points séparés qu'un affrontement beaucoup moins sûr. Dans le cas où le pédicule ovarique ou utérin est réduit dans l'abdomen et n'est pas condamné à la mortification, la suture d'une plaie de la vessie concomitante faite pendant une ovariotomie ou une hystérectomie devra être faite de préférence avec la soie dont on n'aurait pas alors à redouter l'infection secondaire.

OBS. III (RÉSUMÉE). — *Myôme de l'utérus pesant 3 kilogrammes. — Cancer du sein droit. — Hystérectomie abdominale. — Amputation simultanée du sein droit. — Guérison.* — Marie Mall..., 45 ans, lit nº 25. Réglée à 11 ans, toujours normalement. Pas de grossesse. Santé excellente jusqu'en 1885. Depuis cette époque les règles sont très abondantes, dans l'intervalle la malade a de la leucorrhée, de plus elle éprouve des douleurs dans le bas-ventre avec irradiation vers les reins et le périnée. Depuis deux ans seulement la malade s'est aperçue qu'elle avait une tumeur abdominale; la constipation est alors devenue opiniâtre et souvent les mictions sont douloureuses.

Il y a seize mois la malade a remarqué dans le sein droit la présence d'une tumeur qui actuellement a le volume d'une mandarine, est libre sur les plans profonds mais adhérente à la peau. Il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire.

L'examen permet de constater du côté de l'utérus la présence d'une tumeur grosse comme une tête de fœtus à terme faisant corps avec la matrice dont elle occupe la paroi antérieure, très dure et très mobile. Hystéromètre, 16 cent. Diagnostic : Fibromyôme de la paroi antérieure de l'utérus.

Opération pratiquée le 20 décembre 1887 avec l'aide de MM. de Lostalot et Baudron, internes du service : Incision de 20 cent. environ, laissant juste passer la tumeur ; une fois celle-ci sortie du ventre, M. Pozzi applique une ligature en chaîne de fils de soie de chaque côté sur les ligaments larges ; ablation des annexes ; amputation de la partie supra-vaginale de l'utérus. Le pédicule est traité comme dans les observations I et II. M. de Lostalot fait l'ablation du sein droit pendant que M. Pozzi termine l'hystérectomie.

Durée des deux opérations, 1 heure 1/2.

Suites opératoires excellentes sans réaction fébrile. Le sein réuni par première intention. Chute du pédicule utérin au 18e jour.

La malade complètement guérie va quitter l'hôpital incessamment.

Il faut noter ici la coexistence d'une tumeur de l'utérus et d'une tumeur du sein, indice d'une sorte de diathèse néoplasique; cette coexistence se montrait aussi dans l'observation précédente, mais dans cette dernière les tumeurs qui existent aux deux seins paraissent de nature bénigne (fibrome).

L'opération simultanée des deux tumeurs n'offrait ici aucun inconvénient grâce à la méthode antiseptique qui permettait d'obtenir une réunion par première intention de la plaie mammaire, et la nature maligne de l'affection du sein défendait un plus long délai.

REVUE CLINIQUE

HÉMORRHAGIE GRAVE CONSÉCUTIVE A UNE CAUTÉRISATION ÉTENDUE DU VAGIN

Par le Dr **A. Bétrix**, membre correspondant de la Société obstétricale et gynécologique de Paris.

Les hémorrhagies d'origine vaginale, donnant lieu à des accidents d'une certaine gravité et survenant dans la pratique gynécologique peuvent être regardées comme des faits exceptionnels, absolument perdus dans la grande fréquence des hémorrhagies de cause utérine. D'ailleurs nous sommes très mal renseignés sur le sujet et si nous consultons les différents traités et manuels gynécologiques, nous voyons que bien peu d'auteurs mentionnent cette éventualité, et s'ils le font, c'est toujours en passant, sans s'y arrêter et sans y attacher une importance particulière. Après avoir

parfois mentionné les causes qui peuvent y donner lieu, telles qu'un traumatisme, la rupture de varices, des formations néoplasiques, des cautérisations de toute nature, ils ne nous renseignent aucunement ni sur la gravité et les complications de ces accidents ni sur la thérapeutique à appliquer dans ces cas.

C'est pour cette raison, qu'il m'a semblé intéressant de publier l'observation suivante, qui, quoique isolée, pourra peut-être présenter quelque intérêt et contribuer à l'étude des hémorrhagies d'origine vaginale.

Le 24 mai 1888, j'étais appelé à 6 heures du matin chez Mme O., une dame que je connais déjà pour l'avoir soignée à différentes reprises pour des petites indispositions, n'ayant rien à faire avec notre spécialité, mais que je n'avais pas revue depuis plusieurs mois.

Me trouvant occupé au dehors de mon domicile, je ne pus arriver chez ma malade qu'entre 8 et 9 heures du matin; on m'attendait avec impatience et on avait même fait mander pendant ce temps un ou deux confrères plus rapprochés. Néanmoins j'étais le premier sur place.

La malade en effet était dans un état inquiétant; elle était très anémiée, très affaiblie, elle sortait d'une syncope pour retomber dans une autre et ne pouvait elle-même donner aucuns renseignements sur ce qui lui était arrivé.

Comme l'histoire génitale de la malade n'a pas d'importance dans le cas présent, pour ne pas allonger l'observation je la passerai sous silence. Il suffira de savoir que Mme O... n'a pas dépassé la trentaine, a 3 enfants vivants, est grande, forte, de bonne mine et d'excellente santé; j'appris seulement plus tard, que depuis quelques mois, ses règles avaient une tendance à se prolonger quelques jours de plus qu'à l'ordinaire, elles duraient ainsi 8 à 10 jours, sans cependant inquiéter ni par leur abondance, ni par des symptômes douloureux.

Quant à l'accident actuel, voici ce que l'on me raconta. Mme O., avait fait le jour précédent une excursion à St-Cloud et là, pendant la promenade dans le bois, elle avait été prise subitement, sans aucunes douleurs prodromiques, d'une hémorrhagie très abon-

dante avec expulsion de caillots ; s'étant fait reconduire prestement chez elle, elle se mit de suite au lit.

Là, après quelques injections chaudes, la perte avait cessé et la première partie de la nuit avait été tranquille, mais vers 5 heures du matin, à la suite d'un mouvement il était survenu l'expulsion de caillots volumineux. L'hémorrhagie avait recommencé de plus belle, la malade avait eu des frissons et des syncopes et on avait couru de tous côtés chercher du secours médical.

Ainsi que je pouvais m'en rendre compte par le contenu des vases, cuvettes, et des serviettes encombrant le cabinet de toilette, la quantité de sang perdu était importante; d'ailleurs, l'état actuel de la malade était bien celui d'une anémie aiguë grave.

Quelle était la source et la cause de l'hémorrhagie ? La palpation abdominale ne donnait que des renseignements négatifs, les parois était très souples, on ne constatait ni douleurs, ni tumeurs, ni augmentation notable de l'utérus, rien de particulier du côté des ligaments.

Le toucher vaginal provoque un mouvement de recul de la part de la malade, donc une légère douleur, seulement passagère ; le vagin étant rempli de caillots volumineux, je dus donner une irrigation tiède pour l'évacuer complètement ; le col est situé normalement, dur, même rigide, l'orifice externe à peine entr'ouvert ; l'utérus est légèrement augmenté de volume, lourd, non sensible à la pression et en position normale, tous les culs-de-sac sont souples, libres, non douloureux.

Très peu renseigné par le résultat de mon exploration, je résolus, avant de procéder à l'examen de la cavité utérine, de passer en revue avec soin les caillots et le sang expulsés pour voir si je ne pouvais y trouver quelques indications, s'il s'y trouvait peut-être des débris de placenta, de membranes ou d'autres signes de fausse couche. Il est vrai que la malade assurait ne pas être enceinte, mais les dames ont si souvent de telles assurances, qui se trouvent démenties par les faits, que dans ces cas on ne doit se fier qu'à ses propres constatations.

L'examen du sang et des caillots, expulsés avant mon arrivée, de même que celui des linges et des serviettes me donnèrent un résultat absolument négatif : pas le moindre signe suspect, rien d'anormal. Mais dans le liquide, provenant de l'irrigation que je venais moi-même d'administrer à ma malade, parmi le sang

et les caillots je trouvai deux lambeaux de tissu, qui de suite attirèrent mon attention et dont je vais donner la description complète.

Quoique inégaux en volume, ils présentaient un aspect identique ; une fois étendus, étalés sur la main, leur forme était ovalaire, irrégulière ; néanmoins l'un d'eux était muni en plus d'un prolongement, mince et effilé.

Le plus volumineux mesurait exactement, sans compter son appendice, 14 cent. de long sur 32 de large ; le prolongement mesurait en plus 3 cent. sur une largeur de près d'un centimètre ; le plus petit lambeau, ovalaire aussi, mesure 5 cent. de long sur 2 de large.

Leur épaisseur maxima, au centre, est de 5 à 6 millim., de là elle va en diminuant jusqu'à leurs bords, qui sont amincis, effilés, irréguliers ; leur coloration est celle des tissus mortifiés, sale, blanc jaunâtre, légèrement verdâtre à quelques endroits, ils exhalent une odeur infecte ; il n'y avait pas de doute possible, j'avais à faire à des eschares ; mais quelle était leur provenance, c'est ce dont il fallait s'assurer de suite.

M. le Dr L. qui venait d'arriver, voulut bien examiner les deux fragments et fut bien du même avis quant à leur identité. Avec beaucoup de précautions, vu l'état de la malade, nous la plaçons en position obstétricale et procédons à l'examen au spéculum ; dès l'introduction d'un Fergusson de moyen calibre, nous pûmes constater à 6 ou 7 cent. de la vulve le commencement de la perte de substance, qui correspondait à nos eschares ; en manœuvrant doucement et lentement, graduellement, en éclairant peu à peu toute l'étendue des lésions, nous pûmes nous rendre compte de la situation ; la plus grande eschare provenait de la paroi vaginale postérieure, tandis que la plus petite lui faisait vis-à-vis, était détachée de la partie correspondante de la paroi antérieure.

Vu les violents frissons, que la malade avait éprouvés dans la nuit et venait encore d'éprouver immédiatement avant notre examen, vu encore la fétidité des eschares, il était urgent de faire ici de l'antisepsie rigoureuse. Je fais donc une irrigation et lavage soigneux du vagin avec une solution de sublimé au 1 : 3000, puis je pratique le tamponnement à la gaze iodoformée, néanmoins sans insister sur la quantité de gaze introduite, juste de quoi recouvrir toute la surface ulcérée et exercer une légère compression sur la région.

Température, de suite après le pansement 39°,7. Pouls faible, 120.

Je prescris du champagne et une nourriture tonifiante et engage la malade à en prendre.

Soir, 7 heures. Temp. 38°,7. La malade, quoique très faible se trouve bien, elle n'a pas eu de nouveaux frissons, aucun écoulement vaginal, la miction a été spontanée. Elle ne se plaint aucunement de symptômes de compression, simplement de forte céphalalgie.

Le 26. Quoique la malade ait été agitée pendant la nuit, l'état général est sensiblement meilleur. Le pouls est ralenti, plus fort. Temp. 37°,8.

Aucunes nouvelles pertes. J'enlève le tamponnement, qui est à peine teinté en rose, je fais une irrigation au sublimé 1 : 3000 et un nouveau pansement iodoformé.

J'étais assez intrigué de savoir la cause qui avait produit des eschares aussi étendues du canal vaginal, aussi voyant que ma malade était ce matin-là assez disposée à causer, je l'interrogeai délicatement sur le sujet.

Elle me raconta alors, que 8 jours avant son accident, ses règles se continuant quelques jours de plus qu'à l'ordinaire, voulant les faire cesser elle avait sur le conseil d'une amie, introduit *elle-même* un gros tampon, imbibé d'*Eau de Rabel* ; la douleur avait été modérée au début, bientôt plus forte de sorte qu'après un séjour d'environ 5 minutes le tampon avait été retiré. Depuis lors sa ménorrhagie avait cessé et elle ne s'était plus inquiétée de la chose ; elle n'avait éprouvé aucune gène, aucunes douleurs, jusqu'à l'apparition subite de l'hémorrhagie, qui avait nécessité mon intervention. Je me fis donner le flacon, contenant le restant de l'eau de Rabel employée, mais après dosage de l'acide sulfurique, je dois reconnaître qu'elle était au titre normal, indiqué par le Codex.

Mme O... fut très étonnée d'apprendre que l'accident actuel était en relation avec l'application malheureuse de son tampon vaginal et sa conséquence directe. Elle jura, mais un peu tard, que l'on ne l'y reprendrait plus.

Le 27. La malade est toujours très faible. La nuit a été agitée, céphalalgie. Comme j'incrimine un peu l'iodoforme de cette agitation, je fais le pansement à la gaze phéniquée. Toute la surface

de la plaie est en plein état de granulation. Temp. 38°, le matin, et 38°,3 le soir.

Irrigation tiède, légèrement phéniquée.

Le 28. La nuit a été moins agitée. Huile de ricin, 15 gr.

Le 29. Temp. 38°,3. La malade a bon appétit, se nourrit bien. Même pansement.

Le 30. Temp. 38°,2. Pansement iodoformé.

1er juin. Tout danger d'infection ayant disparu, et voulant faire marcher rapidement la cicatrisation, j'ai imaginé un nouveau pansement. Connaissant l'excellente action du *térébène* sur les vieilles plaies atoniques, ne pouvant se couvrir de bourgeons charnus, je trouvai son emploi absolument indiqué dans ce cas particulier et voici comment je l'employai. Je me fabriquai des compresses, composées de 4 ou 5 doubles de fine gaze simple, je les trempai dans le mélange suivant :

Térébène.................. } ãã 100 gr.
Huile d'amandes douces.... }

Les compresses avaient environ 10 cent. de long sur 4 à 5 de large.

J'introduis mon Fergusson jusqu'au-dessus de la partie ulcérée, la partie supérieure de la compresse est appliquée au fond du spéculum, la gaze bien étalée dans celui-ci, puis on retire l'instrument lentement en maintenant le pansement en place au moyen de la pince à pansement entr'ouverte.

De cette manière la compresse de gaze se trouve bien étalée entre les deux surfaces ulcérées, les écarte, et leur sert à toutes deux d'excellent pansement; par sa largeur, elle est retenue dans le vagin et il ne m'est jamais arrivé, que la malade, même pendant qu'elle restait levée toute la journée, ait perdu son pansement.

Je continuai à faire ce mode de traitement pendant tout le mois de juin, en renouvelant la gaze tous les deux jours, après une irrigation tiède. La cicatrisation marcha avec grande rapidité, la surface se recouvrant peu à peu depuis les bords, de sorte que le 2 juillet, la plaie non encore cicatrisée n'était pas plus grosse qu'un grain de blé et je cessai tout pansement.

La malade fut réglée au commencement de juin et de juillet, mais peu abondamment et seulement pendant deux jours.

Lors du dernier examen au spéculum, le 15 juillet, la cicatrice

était blanche, dure, mais sans brides, ni rétraction notable, l'instrument de gros calibre pouvait être introduit sans douleur, sans qu'il dût être employé de force, il glissait facilement.

Qu'il me soit permis de faire suivre cette observation de quelques déductions pratiques, qui dérivent de ce cas. Les deux premières sont banales : c'est le danger des applications d'eau de Rabel, et l'inutilité, lorsque l'on entend agir sur le col, des tampons introduits par la malade elle-même. Mais je désirerais surtout faire ressortir l'importance de toujours avoir à l'esprit la possibilité de l'origine vaginale, lorsqu'on se trouve en présence d'une hémorrhagie grave. Il faut y songer et examiner le vagin avant de procéder à l'introduction d'une sonde utérine, car dans ces cas la femme peut parfaitement être enceinte malgré cette grande perte de sang et on l'exposerait à un second accident des plus fâcheux.

Deux mots encore à propos du traitement local ; il devait répondre à trois indications : lutter contre l'infection du début, amener une cicatrisation aussi rapide que possible pour réparer la perte de substance et renforcer la mince paroi qui séparait le rectum du vagin, enfin empêcher, si possible, la formation de brides cicatricielles et le rétrécissement du conduit vaginal à l'endroit lésé.

La première indication fut remplie avec un plein succès par les injections de sublimé et le pansement iodoformé ; pour répondre à la seconde, j'hésitai entre deux manières de procéder, ou bien instituer un simple traitement médical, comme j'ai fini par le faire, ou bien appliquer des greffes épidermiques sur la surface bourgeonnante ; je crois que ce mode de traitement eût été absolument indiqué et très actif, mais la condition sociale de la malade, m'empêcha de faire ce que je désirais et je dus, malgré moi, me borner au traitement le plus simple. La troisième indication fut entièrement remplie par les applications fréquentes du spéculum Fergusson dont j'augmentai peu à peu le calibre. Comme j'eus l'occasion d'examiner encore ma malade 7 mois après son accident,

je suis certain qu'il n'eut aucune conséquence lointaine et fâcheuse et que le vagin ne s'en trouve ni déformé, ni même rétréci d'une façon notable.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME

Par Sænger (1). Traduction par le Dr R. LABUSQUIÈRE.

(Suite.)

VII. — Traitement.

L'importance de la *prophylaxie* est reconnue par tout le monde, bien qu'elle soit difficilement réalisable.

Si l'on admet que la gonorrhée constitue vraiment un véritable fléau social, il importe évidemment de faire jouer à la prophylaxie le premier rôle, ce à quoi l'on semble tendre de plus en plus. Et cependant, il faut la créer de toutes pièces; car, de fait, elle n'existe pas.

La source principale de l'infection gonorrhéique, c'est la *prostitution surveillée et clandestine*. D'une manière générale, on est autorisé à penser que toute fille qui s'est livrée à son métier plus de 3 mois est, sans exception, infectée. Les *colica stercorum* ne sont pas autre chose que des douleurs s'irradiant d'annexes de l'utérus, affectées de processus gonorrhéiques. D'autre part, la stérilité si connue des filles est presque toujours amenée par la blennorrhagie. Or, il est difficile de trancher la difficulté qui consiste à permettre à ces filles de continuer leur commerce et d'éviter l'extension de la maladie parmi les mâles. En tous cas, il

---

(1) Communication faite à la *Medicinischen Gesellschaft* de Leipzig, voir *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, février 1890, p. 130 et mars, p. 199.

faut définitivement rompre avec cette règle qu'il suffit d'isoler et de traiter seulement les filles atteintes d'écoulement gonorrhéique aigu, d'érosions, d'abcès, filles qui d'ailleurs, le plus souvent, ne subissent qu'un traitement trop court, trop peu approprié. Ce traitement devrait bien plus rentrer dans la sphère du gynécologiste que relever d'un simple règlement de police.

Désireux d'apporter dans la question quelque chose de précis, je conseille un moyen *spécial* de prophylaxie. Savoir : des lavages avec des solutions de sublimé (1—2 0/00) auxquels les filles devront s'astreindre, et que les médecins, chargés de les visiter, devront pratiquer à chacun de leurs examens. Une longue expérience m'a convaincu qu'en dehors de l'état de grossesse, ces lavages peuvent être continués, sans entraîner aucun risque, durant des semaines et même des mois. Comme le sublimé peut être également utilisé par l'homme qui se risque à pratiquer le coït impur, je n'insisterai pas davantage sur les instillations préventives, pratiquées après le coït, avec une solution de nitrate d'argent à 2 p. 0/0, moyen que j'ai fait connaître et que Haussmann a également recommandé. Mais, s'il est nécessaire de faire suivre aux filles un traitement prolongé et en rapport avec nos connaissances, il est encore plus indispensable de soumettre le *traiment des hommes* aux mêmes exigences. Et cela, non seulement dans l'intérêt de ces derniers, mais surtout pour augmenter le nombre des femmes et des filles saines. Or, c'est là un *desideratum* bien difficile à remplir. Il y a précisément une preuve concluante des défectuosités du traitement de la blennorrhagie chez l'homme à l'heure actuelle, dans l'extension extraordinaire, dans l'accroissement même de l'infection parmi les femmes jusque-là saines et chastes. Pour tout dire, le traitement institué d'ordinaire contre la blennorrhagie de l'homme par les médecins et les spécialistes est à mon avis impuissant, et plutôt nuisible qu'utile. Injections, bougies, ne réussissent qu'à augmenter l'inflammation, à propager plus profondément le processus infec-

tieux. Ce sont du reste ces inconvénients qui ont conduit plusieurs médecins à penser qu'il était beaucoup plus sage de combattre en général la blennorrhagie par une médication interne (boisson, baumes) que par un traitement local. Mais, ce qu'il faut surtout condamner, c'est la pratique presque exclusive, qui consiste à ne traiter la blennorrhagie de l'homme qu'à la période aiguë, celle qui s'accompagne de douleurs marquées, et à renvoyer ensuite le sujet comme guéri. Ce sont d'ailleurs les formes chroniques qui donnent lieu aux plaintes les plus vives, quand elles se manifestent plus tard par des symptômes spéciaux. Nous devons toutefois reconnaître, que les moyens nécessaires au début pour le traitement de la blennorrhagie existent déjà. Ce sont les cathéters laveurs, adaptés à l'urèthre de l'homme, et qui assurent l'écoulement des sécrétions, instruments qui ont été empruntés à la pratique gynécologique. Nous devons, comme répondant aux mêmes indications, signaler le traitement proposé par Oberlænder, savoir : la dilatation de l'urèthre, la détermination au moyen de l'endoscope des points malades, et le traitement direct de ceux-ci.

On voit par là que le traitement de la blennorrhagie de l'homme, si l'on veut obtenir réellement la guérison et prévenir la contamination d'une femme pure, exige une série de conditions que ne peuvent à l'heure actuelle remplir les médecins et les spécialistes. Or, pour remédier à cet état, il y aurait lieu de délimiter un terrain chirurgical particulier et pour lequel je propose, par opposition à la « *gynécologie* », la dénomination d'« *andrologie* ». Les médecins qui s'en occuperaient, seraient tenus d'avoir sur toutes les affections de l'appareil sexuel de l'homme, y compris celles de l'appareil urinaire et du gros intestin, des connaissances cliniques chirurgicales aussi complètes, aussi étendues, que celles qu'il est, à l'heure actuelle, indispensable au gynécologue de posséder sur les maladies correspondantes des organes génitaux de la femme.

Les cas légers, qui constituent le plus grand nombre, peu-

vent toujours rester dans les mains des praticiens ; d'ailleurs, il est possible à ces derniers de se familiariser avec les méthodes perfectionnées de traitement. Ils peuvent encore, à titre d'ami, de médecin ordinaire, renseigner l'homme atteint de gonorrhée sur la nature de son affection, sur les dangers de contamination qu'elle crée pour la femme, et, de cette manière, réussir à préserver des femmes saines.

Il faut reconnaitre à la gloire des hommes, que beaucoup d'entre eux, qui ont eu jadis la blennorrhagie, s'enquièrent auprès du médecin, avant de contracter un mariage, à seule fin de savoir si ce mariage n'entraînera pas des dangers pour la femme, Or, je suis sûr qu'on ne me contredira pas si j'avance qu'en semblables conditions, il arrive d'ordinaire que le médecin se contente, pour rassurer son client et lui-même, de savoir que le sujet n'éprouve aucune souffrance et que son affection est de date éloignée. Enfin, lors même qu'il constate des symptômes de blennorrhagie chronique (sensations de brûlure dans le canal,agglutination du méat, etc.), il explique à son client que le mariage n'est pas dangereux. Combien aussi sont rares les médecins qui, pour complément d'instruction, soumettent les sécrétions de l'urèthre à l'examen microscopique, ou qui, en raison d'une orchite, d'une épididymite antérieure, examinent le sperme,afin de pouvoir, en toute compétence, résoudre cette double question : a) le sujet, peut-il se marier, sans risques de contamination pour la femme ; 2) est-il en droit d'espérer avoir des enfants.

Assurément, il n'appartient pas au médecin d'empêcher de se marier un homme qui présente les différents symptômes de la gonorrhée chronique. Mais, il est de son devoir de le renseigner sur toutes les conséquences possibles d'un semblable mariage ; ainsi prévenu, le sujet est à même de prendre une détermination compatible avec son honneur et avec sa conscience. D'autre part, le médecin peut être appelé à donner un conseil utile et de nature à mettre à l'abri de la contamination une femme saine, soit qu'il ait affaire à un homme atteint de blennorrhagie aiguë ou chronique, et que

des circonstances impérieuses obligent à se marier, soit qu'il s'agisse d'un sujet qui, au cours d'un voyage, pendant les relevailles de sa femme, a contracté, hors du lit conjugal, une blennorrhagie récente. En pareille occurrence, il ne suffit pas d'éclairer le client sur les conséquences graves, surtout après l'accouchement, auxquelles une contamination exposerait la femme, ni de défendre, d'une manière absolue, les rapports sexuels, défense qui, en général, ne serait pas observée, mais il faut exiger de l'homme qu'il ne pratique jamais le coït sans que sa verge soit enveloppée d'une capote protectrice. D'ailleurs, il faut bien se garder de voir, dans ce moyen d'éviter l'infection de la femme, quelque rapport avec les pratiques des partisans actuels de Malthus, que l'on doit flétrir d'une manière absolue. S'il rentre dans le rôle du médecin de tâcher d'empêcher la contagion blennorrhagique, il outrepasserait certainement ses attributions professionnelles s'il visait au but d'éviter une conception, quelles que fussent d'ailleurs les considérations sociales ou médicales sur lesquelles il baserait sa conduite.

On sait cependant s'il est des personnes qui se privent de donner de semblables conseils, d'indiquer une série de moyens destinés à assurer la stérilité, qui se livrent à ce sujet à une propagande honteuse, tout en abritant leur industrie sous une sorte de manteau médical. C'est contre ces pratiques qu'il faudrait protester, mais on laisse faire et l'on se tait !

D'autre part, à l'heure actuelle, les gynécologues font œuvre de justice en ne traitant plus en quelque sorte, comme jadis, chez la femme la blennorrhagie de l'homme ; on fait retomber, à juste titre, sur celui-ci ce qu'il doit supporter. Je fais ici allusion à la stérilité dans le mariage. Autrefois les pauvres femmes qui ne donnaient pas des enfants à leur mari, étaient soumises à une foule de vexations, tandis qu'aujourd'hui il n'est pas un gynécologue instruit et consciencieux qui se risque à instituer chez une femme un traitement contre la stérilité, sans s'être, au préalable, assuré, par l'examen attentif et parfois répété du sperme, des qualités

procréatrices du mari (1). Lorsque cet examen reste négatif, il faut avoir assez de tact pour pallier les inconvénients qui résultent d'une situation anormale, et savoir garder, vis-à-vis de la femme principalement, une discrétion parfaite.

Un temps viendra peut-être où les gens qui ont des filles, se préoccuperont, avant leur mariage, des considérations sérieuses que nous avons exposées. Mais, la prophylaxie actuelle ne s'étend pas aussi loin.

En ce qui concerne le traitement des diverses formes de l'infection gonorrhéique, je tiens pour très précises les indications qu'il doit remplir : *tuer les gonococcus, tâcher de faire cesser les troubles qu'ils ont provoqués, enfin ramener les choses à l'état normal.*

Or, il n'est pas douteux qu'on puisse, et par des moyens simples, triompher de l'infection gonorrhéique considérée seulement en elle-même. La preuve typique nous en est fournie par les résultats du traitement de l'ophthalmie gonorrhéique des nouveau-nés. En pareil cas, en effet, une conjonctive profondément atteinte peut être, en un temps relativement court, ramenée à l'état normal, tandis qu'un traitement imparfait, négligé, irrationnel, peut conduire à la perte de l'œil. Sans doute, il n'est pas aussi facile, aussi simple d'agir sur les différentes régions de l'appareil génital que dans les culs-de-sac de la conjonctive. Toutefois, grâce aux perfectionnements de la gynécologie moderne, il est possible de poursuivre le virus gonorrhéique dans ses localisations les plus profondes et de le combattre par des moyens puissants ; mais, nous ne pouvons ici exposer par le détail le traitement de toutes les localisations de l'infection gonorrhéique, de la vulve jusqu'au péritoine, et il nous suffira de le tracer à grands traits.

Pour la gonorrhée, comme pour toutes les maladies, on peut dire que *le traitement est d'autant plus efficace qu'il est plus hâtif.* Et dans l'espèce, l'intervention rapide importe pour la guérison des organes déjà atteints et pour la préser-

(1) Il y a plus de 25 ans que le prof. Pajot a insisté sur la nécessité de cet examen, qui, d'après lui et conformément à l'opinion de Sänger, doit toujours précéder tout traitement dirigé contre la stérilité. R. L.

vation de ceux encore épargnés. A ce point de vue, les filles publiques pourraient bénéficier de l'avantage, refusé souvent aux femmes contaminées, qui résulte du diagnostic précoce de la maladie et de l'application immédiate du traitement. On est, en effet, frappé de constater combien sont rares les cas d'infection gonorrhéique aiguë, qui se présentent dans la pratique gynécologique.

Dans l'*uréthrite aiguë* les meilleurs résultats sont fournis par l'expectation combinée avec l'usage de boissons abondantes, particulièrement d'eaux minérales, et avec l'administration des substances balsamiques (baume, santal, copahu). Il est également utile de faire des lavages soigneux, pour lesquels on se sert, non d'éponges, mais d'ouate dégraissée.

Contre l'uréthrite *subaiguë* et *chronique*, les crayons d'iodoforme (beurre de cacao et iodoforme) ont une extrême efficacité. Après les avoir introduits dans le canal, et le méat urinaire étant maintenu fermé, on les écrase au moyen d'une pression douce exercée à travers la paroi vaginale avec un bourdonnet d'ouate. J'ai renoncé aux badigeonnages locaux avec des solutions de sublimé et de nitrate d'argent, badigeonnages qu'on exécute si aisément à l'aide de bâtonnets armés d'ouate. Le nitrate d'argent, surtout, me paraît devoir être abandonné à cause des rétrécissements qui se produisent souvent à la suite de son emploi. D'une manière générale, il n'est pas nécessaire de dilater l'urèthre. Cependant, quand il y a ténesme vésical accusé ou rétrécissement, la dilatation est indiquée, et on la peut faire à l'aide des dilatateurs de Simon. Quant à l'éversion de la muqueuse uréthrale chroniquement enflammée, on la combat au moyen d'une cautérisation prudente, pratiquée avec l'acide nitrique ou avec le thermocautère.

On traitera également au début *le catarrhe vésical* déterminé par la blennorrhagie par les moyens internes ; le résultat se fait-il attendre, il faut recourir aux lavages. Pour les faire, j'emploie toujours l'entonnoir en verre de Küstner, et je puis recommander les solutions suivantes : sublimé, 1 : 8000 à 1 : 6000; acétate de plomb 1,1000 à 1 : 500 ; nitrate

d'argent, 1 : 2000, solution qu'on pourra porter progressivement jusqu'à 1 : 500 et plus haut.

Quand les *uretères* et les *bassinets* sont pris, le chirurgien peut arriver jusqu'à ces organes à l'aide de la colpo-cystotomie (Bozeman). Enfin, la *néphrite suppurée* et la *paranéphrite* peuvent fournir l'indication à une intervention chirurgicale.

Le catarrhe simple des *glandes de Bartholin* n'est pas accessible à un traitement direct. Cela est fâcheux, car il devient par cette raison difficile de supprimer un foyer important d'infection. Heureusement, il est très fréquent que la bartholinite catarrhale, quand les soins de propreté sont minutieux et qu'on traite parallèlement toutes les autres régions atteintes par l'infection, guérisse spontanément, ou en tout cas par le courant de *vis a tergo* qui entraîne les sécrétions de la glande. La glande vient-elle à suppurer, on donne issue au pus par de larges incisions, en prenant bien entendu des précautions antiseptiques rigoureuses et en protégeant soigneusement les régions avoisinantes contre le contact irritant du pus. Quand les circonstances le permettent, j'extirpe la glande devenue le siège d'un processus suppuratif chronique, et par là, je supprime, d'un coup, un foyer d'infection menaçant. J'ai été amené à cette pratique par des cas de péritonite aiguë que j'ai observés consécutivement à des abcès de cet organe. Enfin, cette extirpation de la glande de Bartholin, et éventuellement l'extirpation bilatérale, devient tout à fait indispensable quand on a affaire à des inflammations interstitielles chroniques et à des productions kystiques.

J'ai dans le traitement des *condylomes acuminés*, renoncé aux agents chimiques et en particulier aux caustiques, et je me sers pour les détruire, des ciseaux ou du thermocautère. Quant à l'*intertrigo* des organes génitaux externes, et aux *lésions érosives*, ils disparaissent rapidement par les soins de propreté minutieuse et par la cure des écoulements existants, qui proviennent des organes internes. Il n'en est mal-

heureusement pas ainsi du *prurit vulvaire* qui se rencontre avec une fréquence relative chez les femmes atteintes de gonorrhée. Il peut en effet, en dépit des lavages et des lotions anti-gonorrhéiques, se montrer très rebelle. Et il l'est d'autant plus, qu'il est plus ancien.

Par contre, j'ai constaté, comme agissant de la manière la plus efficace, indépendamment des lotions déjà signalées, les lavages avec de la décoction d'écorce de chêne, les badigeonnages avec de la glycérine au tannin (3 : 10), et les applications de pommades faites à l'acide borique ou phénique (3 0/0). La cocaïne n'a qu'une action éphémère. Mais, il est très important de recourir souvent aux bains de sièges, et de pratiquer des savonnages sur les régions externes pour enlever les produits de sécrétion qui s'y accumulent, On peut, d'ailleurs, réaliser ce décrassage à fond, bien que l'opération soit un peu douloureuse, au moyen de l'éther. C'est un procédé que le médecin peut appliquer aux sujets qui se présentent à sa consultation.

Le *vagin*, très accessible au traitement, tolère les agents les plus actifs. Oppenheimer, à qui l'on doit un travail remarquable touchant la puissance toxique des divers agents chimiques sur les gonococcus, conclut que deux seulement d'entre eux sont réellement pratiques, le *sublimé* et la *créosote*. Il ne nie pas cependant que plusieurs autres substances, qu'on a essayées avec des résultats variables, jouissent d'une certaine efficacité.

Mais le sublimé, en dépit de sa toxicité, qui d'ailleurs n'entraîne aucun danger tout au moins en dehors de l'état de grossesse, laisse, en raison de la facilité de son emploi et de la sûreté de son action, bien loin derrière lui toutes les autres substances antigonorrhéiques. A l'heure actuelle, il n'est que le *chlorure de zinc* qu'on place encore à côté du sublimé, mais il est loin d'égaler ce dernier. Certes, on obtiendrait dans le traitement de la blennorrhagie chez l'homme des résultats beaucoup plus satisfaisants si l'urèthre était aussi tolérant que le vagin vis-à-vis du sublimé.

Dans les cas de *vulvite* et *vaginite* aiguës, il faut employer les solutions hydrargyriques faibles, 1 : 2000 à 1 : 1000; dans les cas chroniques, le titre de la solution peut être porté à 1 : 500. Quand on confie les lavages à une tierce personne la solution ne doit jamais dépasser 1 : 1000. Mais, le traitement est beaucoup plus efficace quand c'est le médecin qui l'applique lui-même. On commence d'abord par bien savonner les parties, par laver le vagin à grande eau, puis on procède au lavage avec la solution de sublimé. On peut à cet effet se servir du spéculum de Fergusson, et l'on fait passer de nouveau du sublimé, qu'on étanche à mesure avec de l'ouate, jusqu'à ce que l'eau du lavage revienne parfaitement claire. Il est à remarquer que l'action du sublimé est d'autant plus efficace qu'il pénètre plus profondément la muqueuse. Aussi, est-il bon, le jour qui précède, d'appliquer sur le vagin un tampon d'ouate imbibée de glycérine au tannin, qui a pour effet de détacher les couches les plus superficielles de l'épithélium. Le lavage au sublimé terminé, il convient de tamponner le vagin avec de la gaze iodoformée, ou mieux avec un long bourdonnet d'ouate imbibée de glycérine iodoformée.

En quelques cas particulièrement rebelles, j'ai obtenu de ce tamponnement, combiné avec des badigeonnages iodés de la muqueuse, de bons résultats.

Je me sers, pour les lavages au sublimé chez les *enfants* d'un cathéter en verre et j'emploie des solutions dont le titre s'élève à 1 : 1000.

Chez les *femmes enceintes*, j'emploie toujours le spéculum pour faire les lavages du vagin, depuis que j'ai observé quelques accidents légers d'intoxication hydrargyrique.

Le traitement de l'*endométrite gonorrhéique* est, cela se conçoit, déjà plus embarrassant, plus difficile. Il importe, avant tout, de dilater le col de l'utérus et de le maintenir dilaté, afin de pouvoir d'abord enlever la sécrétion parfois abondante et très tenace, puis pratiquer, facilement et de telle façon qu'ils soient efficaces, les lavages antigonorrhéiques.

Cette dilatation préalable du col est absolument indispensable chez les nullipares. Pour la réaliser, j'utilise exclusivement des tiges de laminaire, qui ont été d'abord immergées dans une solution phéniquée à 5 p. 0/0 bouillante, puis conservées dans l'éther iodoformé. Afin d'assurer la dilatation, je mets en place un tube de verre désinfecté par une immersion dans une solution de sublimé, ou bien je tamponne le col avec de la gaze iodoformée. On pratique ensuite les lavages pour lesquels on se sert d'une des sondes à double courant usitées aujourd'hui (je donne la préférence aux sondes de Breus et de Schultze). Ces lavages sont faits une fois par jour, pendant longtemps, 8-14 jours, parfois pendant une période de temps plus longue. Il n'est pas nécessaire que la patiente garde le lit tout ce temps. Comme liquide de lavage, je donne encore la préférence au sublimé; toutefois, j'alterne volontiers son usage avec celui du chlorure de zinc (2 p. 0/0), de l'eau créosotée, de l'acide phénique, de la créoline.

Il est un procédé de traitement intra-utérin commode, d'une application simple dans le cabinet du médecin ; il repose sur l'emploi de la canule de Bandl et du spéculum-télescope d'Heitzmann. Ce procédé permet, non seulement de laver la cavité de l'utérus, mais encore de pratiquer, en employant des solutions un peu plus fortes, une cautérisation modérée. Indépendamment des solutions de sublimé en usage, j'use volontiers ici de solution de chlorure de zinc jusqu'à 10 0/0. Le lavage de l'utérus étant fait, on peut pratiquer une cautérisation encore plus forte avec la sonde en aluminium de Playfair, garnie d'ouate à son extrémité. Je me sers à cet effet de solution de chlorure de zinc jusqu'à 50 0/0, et de solution alcoolique d'iode à 2 : 10.

Je ne puis que confirmer l'excellence des résultats fournis par l'emploi des solutions concentrées de chlorure de zinc, proclamé par Rheinstädter et Bröse. Mais, je dois ajouter qu'elles sont fréquemment suivies de coliques douloureuses, et d'hémorrhagies. De plus, je déconseille d'y recourir plus

d'une fois par semaine. J'ai complètement renoncé à l'usage du nitrate d'argent, aussi bien en substance qu'à l'état de dissolution, parce que d'une part il provoque fréquemment aussi des coliques violentes et des hémorrhagies, et que, d'autre part, ce qui est pire, il entraîne à sa suite des sténoses du col.

Je m'élève résolument contre l'abrasion de la muqueuse, même pour les cas où il existe des ménorrhagies : la curette tranchante ne peut en aucun cas permettre de racler toute la muqueuse utérine. Et, une fois régénérée, les débris de l'ancienne muqueuse suffisent à ramener les choses à l'état antérieur. D'autre part, et c'est là le point essentiel, le curage peut se compliquer de métrite, de salpingite et de péritonite. J'ai vu quelques exemples de ces accidents survenir à la suite du raclage en dépit de toutes les précautions prises, mais je n'en ai jamais observé consécutivement au traitement par les lavages.

Les *affections des trompes* étaient jusqu'ici restées inaccessibles à un traitement direct par le vagin et l'utérus. Mais, il est juste d'admettre que, de temps à autre, du pus s'écoule de l'oviducte dans l'utérus, semblablement à ce qui se passe dans l'hydropisie tubaire profluente. Récemment, Gottschalck a tâché de reproduire ce processus par la dilatation et le tamponnement prolongé de l'utérus.

Mais il reste encore à constater si la méthode est réellement capable d'opérer l'évacuation des liquides accumulés dans la trompe (sérum, sang, principalement le pus) et si elle n'est pas dangereuse. Nous ne pouvons pas, d'autre part, considérer comme un traitement direct les quelques cas d'ouverture de pyosalpingites par le vagin, non plus que l'évacuation par le vagin, purement fortuite, et réalisée dans un cas par Apostoli au moyen de la galvano-puncture. Nous sommes donc absolument réduits au traitement indirect.

Comme il ne s'agit pas, dans la majorité des cas, d'une maladie isolée des trompes, mais d'un processus qui a déjà intéressé et l'ovaire et le péritoine pelvien, le traitement doit

également s'étendre à ces organes. S'agit-il d'une phlegmasie *aiguë* avec exsudats des *trompes*, des *annexes*, et du *péritoine pelvien*, que l'un des côtés soit plus fortement intéressé, qu'ils le soient tous les deux ou que l'espace de Douglas soit plus ou moins atteint, *durant toute la période aiguë et exsudative, le repos absolu au lit est de rigueur*. C'est la condition principale de la guérison. Une fois les symptômes initiaux, les plus accusés, disparus, il est parfois fort difficile, parce que les douleurs sont relativement modérées, de maintenir les femmes au lit. Aussi ne faut-il jamais négliger, dès le début de la cure, d'annoncer que le repos au lit, pendant 4, 6, 8 semaines et, éventuellement, durant une période plus longue, sera nécessaire. Il ne faut pas non plus oublier de prévenir la malade, et les personnes de son entourage, qu'il est parfaitement possible que les exsudats s'ouvrent, à un moment donné, dans la vessie, dans le vagin, le plus souvent dans le rectum. Il m'est arrivé une fois, au début de ma pratique, de n'avoir pas fait entrevoir la possibilité de l'ouverture d'un exsudat de cette espèce dans l'intestin. Or, le pus s'étant, dans la suite, écoulé par le rectum, je fus « éconduit », parce qu'on pensa qu'il s'agissait d'un « ulcère de l'intestin » que j'avais méconnu.

Seul, le repos au lit, à condition qu'il soit gardé aussi longtemps qu'il est nécessaire, suffit à favoriser la résolution de tuméfactions notables des annexes, et d'exsudats de l'espace de Douglas, au point qu'à une exploration ultérieure, on ne retrouve que peu ou point de traces de ces exsudats. Indépendamment du repos au lit, il importe durant la période aiguë de faire appliquer une vessie de glace sur le bas-ventre, d'administrer l'opium à l'intérieur, et surtout de prescrire une diète liquide sévère. Quand la fièvre et les phénomènes péritonitiques ont rétrocédé, lorsque les exsudats se sont solidifiés, durant ce deuxième stade où les douleurs ont disparu, alors seulement il convient d'instituer un traitement résolutif, bains de siège, bains complets salés, enveloppement humide permanent, suivant la méthode de Priessnitz,

tamponnement avec la glycérine iodoformée, et, avant tout, douches vaginales chaudes.

La femme doit, pour ces douches, être dans le décubitus horizontal. Au début, comme les injections d'eau à 40° ne sont pas également supportées par tout le monde, on se contentera de porter sa température à 37°, et on l'élèvera progressivement jusqu'à 40°. On fera, chaque jour, deux injections. Il faut avoir soin de graisser les parties génitales externes avec de l'huile ou de la vaseline, ce qui diminue la sensation de brûlure produite par le liquide chaud. Mais, autant on a raison de vanter l'efficacité des douches chaudes, dans les derniers stades de l'exsudat, dans toutes les formes d'inflammations chroniques des annexes, et contre les reliquats de pelvi-péritonites itératives, autant il convient de les proscrire dans les périodes aiguë et subaiguë des affections du péritoine pelvien, car, en pareilles conditions, elles ont généralement pour effet de donner un coup de fouet aux phénomènes inflammatoires et de provoquer la suppuration des exsudats. Quant *au massage*, ses partisans eux-mêmes le déconseillent.

Je n'insisterai pas sur l'action remarquable des bains de boue et des bains salés sur les exsudats chroniques, et d'ailleurs, sur toutes les maladies inflammatoires chroniques des organes pelviens. C'est à eux que Franzenbad, Elster, Kreuznach doivent leur célébrité, et que de nombreuses stations thermales moins importantes, doivent également les succès analogues qu'on obtient dans le traitement de ces affections.

Mais, tandis que d'une part, nous voyons, sous l'influence de ces agents curatifs, s'établir un processus de *régression* qui conduit à la guérison finale, nous voyons aussi parfois se produire une aggravation *progressive*, ou telle modification, qui amène une affection nouvelle.

L'ouverture spontanée des exsudats suppurés dans la vessie, dans le vagin se complique en certains cas de cystite et de vaginite. Quand la perforation se fait dans le rectum,

elle donne souvent lieu à des fistules peu ou pas accessibles. L'exsudat s'ouvre-t-il simultanément dans le rectum et dans le vagin, il s'établit alors des fistules recto-vaginales, à bords calleux. Il arrive parfois que la phlegmasie se propage jusqu'au tissu cellulaire pelvien, y déterminant d'abord de l'infiltration, puis de la suppuration. Aussi, peut-on voir se produire des trajets fistuleux en communication avec l'extérieur à travers la paroi abdominale. Heureusement, l'ouverture de ces collections dans la cavité abdominale est fort rare, à cause des adhérences solides qui les en séparent de bonne heure. Il est plus rare de voir les collections suppurées de la trompe s'ouvrir à l'extérieur ou s'aboucher avec l'intestin, la vessie ou le vagin.

Si l'on songe maintenant qu'à toutes ces modalités pathologiques, peut encore se surajouter la tuberculose, on voit surgir une foule d'indications pour un traitement chirurgical, qu'il nous est impossible d'exposer ici en détail.

Avec l'incision vaginale de l'espace de Douglas, l'incision sous-péritonéale, la résection du sacrum, l'incision parasacrale, et la périnéotomie, on est en train à l'heure actuelle d'essayer toute une série de procédés, qui ont encore à faire leurs preuves, mais qui semblent autoriser à concevoir pour l'avenir les plus belles espérances.

Quand les annexes de l'utérus, malades, constituent un foyer constant d'infection, qu'elles sont le point de départ de douleurs fréquentes et rebelles, que d'autre part elles ont subi des altérations pathologiques tellement profondes qu'un retour à l'état normal est impossible, et qu'en outre il y a stérilité absolue, la *salpingo-oophorectomie* est indiquée. Elle représente alors cette variété de la castration, qui remplit cette règle d'intervention : qu'il faut enlever seulement les annexes réellement malades.

L'opération est surtout indiquée daus les cas de collections suppurées de la trompe avec ou sans complication de tuberculose. Et, dans la plupart des cas, autant du moins que la

chose est possible, il convient de combiner la salpingotomie avec l'oophorectomie.

Dans les cas les plus difficiles de suppurations tubaires, il n'est pas toujours possible d'enlever en totalité l'oviducte ; en semblables conditions, la guérison exige le secours du drainage. Mais, la plupart du temps, cette extirpation totale est possible, et l'on peut même, suivant le cas, enlever en même temps les cornes de l'utérus, et les ovaires devenus le siège de kystes, d'abcès, de lésions de nature scléreuse et atrophique. De cette manière, on réussit à rendre, d'un coup, entièrement la santé à une femme qui, depuis nombre d'années, souffrait de douleurs continuelles, et était réduite à une existence misérable.

Quels que soient, cependant, les mérites de la salpingo-oophorectomie dans les maladies gonorrhéiques des annexes, pour si brillants que puissent être les résultats de l'opération à l'heure actuelle, — sur 35 cas, dont dix de pyosalpinx, je n'ai moi-même perdu qu'une seule malade — il importe de procéder à une sélection minutieuse des malades. L'on ne doit opérer que les femmes qui sont profondément atteintes, qui ont été préalablement traitées sans succès, et qui restent exposées à une série de dangers que l'opération a pour effet de prévenir.

Depuis que j'ai constaté que des affections internes graves au début (exsudats volumineux, salpingite purulente, etc.), sont susceptibles de se transformer en des formes curables, j'insiste encore davantage sur l'utilité qu'il y a à trier encore plus soigneusement les cas, et à remettre toute intervention chirurgicale jusqu'au moment où l'on aura constaté l'impuissance des autres moyens de traitement. Mais, il est injuste de qualifier de « *mutilation* » une opération qui consiste à extirper des annexes, atteintes de lésions incurables, frappées pour toujours dans leur fonctionnement, et par suite inutiles. En dépit de l'abus qu'en ont fait certains opérateurs, qui comptent ces interventions par centaines, la salpingo-oophorectomie reste notre moyen d'intervention le

plus efficace dans les affections chroniques des annexes, causées par la gonorrhée et ses suites. Même dans les cas les plus graves et les plus incertains, elle est capable de ramener entièrement, en même temps que la santé, la joie de vivre et l'aptitude au travail.

Si l'on se préoccupe, à l'avenir, de la prophylaxie de la gonorrhée autant qu'il convient, si médecins et profanes savent reconnaître suffisamment l'importance de la maladie, nous aurons le droit d'espérer, avec le concours d'une thérapeutique encore plus parfaite, d'être en mesure de lutter contre cette affection si répandue, si insidieuse, et si longue, plus efficacement qu'à l'heure actuelle. Aider à cela, tel est le but principal de ce travail.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

COMPTE RENDU DE LA SECONDE RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION AMÉRICAINE DES GYNÉCOLOGISTES ET DES ACCOUCHEURS, TENUE A CINCINNATI les 17, 18 et 19 septembre 1889.

Gynécologie. — VAN DER VEER (d'Albany) lit une observation de *kyste de la paroi abdominale* développé aux dépens de l'ouraque et observé chez une jeune fille de 20 ans : une fistule ombilicale permettait l'issue d'une sorte de matière sébacée ; la cavité descendait à 3 pouces au-dessus de la vessie. L'ouverture, le grattage et le drainage assurèrent la guérison.

PRICE (de Philadelphie) a vu un cas analogue qui a nécessité deux opérations. Ce chirurgien fait ensuite une communication sur *le traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale ;* il recommande d'attirer le moignon dans l'angle inférieur de la plaie et de suturer son feuillet séreux au péritoine pariétal. Il insiste surtout sur les avantages d'un pansement sec, gaze iodoformée ou salicylée.

RUFUS HALL (de Cincinnati) présente quelques considérations sur le *diagnostic des pyo-salpingites* : les commémoratifs sont d'un grand secours : on recherchera avec soin la date à laquelle

remontent les premiers symptômes. La douleur au moment de la défécation semble indiquer que la tumeur est située dans l'espace rétro-utérin. Il a vu quelques cas de rupture de la trompe et réclame la laparotomie pour prévenir cette fatale terminaison.

Murtry (de Danville) décrit les diverses forme de l'*inflammation intra-pelvienne* et la croit toujours symptomatique d'une affection de la trompe ou d'une endométrite. Il admet tous les intermédiaires entre la simple poussée inflammatoire et la suppuration, et discute les cas justiciables d'une laparotomie.

Deuxième communication du même auteur sur les *accidents concomitants et consécutifs aux opérations abdominales*. La durée du temps est un élément important du pronostic. Dans la discussion, Potter (de Buffalo) rappelle que bien des décès sont dus à des hémorrhagies consécutives elles-mêmes à un nœud mal fait ; il passe en revue et critique les divers nœuds employés. Hall reprend la question du drainage et conclut que dans toutes les laparotomies avec adhérences solides et étendues, avec pus dans le petit bassin, il est bon de placer un drain.

Werder (de Pittsburg) discute les *divers procédés de périnéorrhaphie*, les procédés de Woos, Simpson, Emmet, et donne la préférence à celui de Tait qu'il considère comme aussi sûr et moins compliqué.

Barrow (de Lexington) montre l'*influence que la chirurgie abdominale a exercée sur la chirurgie générale* par l'application plus rigoureuse de l'antisepsie et par les minuties qu'elle nécessite. Les règles qui régissent le drainage et la toilette du péritoine s'appliquent également aux plaies.

Ardle (de Washington) rapporte l'histoire fort curieuse d'un cas d'*emphysème utérin*. Femme de 30 ans qui, six semaines après son deuxième accouchement, se plaignait d'une leucorrhée abondante avec issue de gaz par le vagin : cette issue se produisait même avec un certain bruit. L'examen fit découvrir une déchirure incomplète du périnée, une petite déchirure unilatérale du col et une endométrite manifeste du col et du corps avec un certain degré de subinvolution utérine. Le traitement fut d'abord purement médical. Bien que l'auteur n'ait jamais constaté par lui-même l'issue de gaz par le vagin, et malgré toutes les objections qui lui ont été faites, il persiste à croire qu'ils venaient de l'utérus.

Cushing (de San-Francisco) indique les diverses substances qu'il

[illegible] l'opération césarienne, supérieure à [illegible] l'opération de Porro, on [illegible] avant le début [illegible]

[illegible] Budin indique un moyen [illegible] quand il est temps encore, c'est-à-dire quand [illegible] La manœuvre [illegible]

[illegible]

déchirures du périnée pendant le travail : elle consiste à surveiller et à régulariser avec la main les contractions des segments supérieur et inférieur de l'utérus.

Sur soixante cas consécutifs dont 14 chez des primipares, l'auteur n'a pas eu une seule déchirure.

Eliot (de Washington) a réuni 261 cas d'*hémorrhagie par le cordon ;* ces hémorrhagies reconnaissent pour causes une ligature mal faite, un traumatisme, ou un état constitutionnel.

Quand les moyens habituels ont échoué, la laparotomie reste la suprême ressource.

Eliot l'a pratiquée une fois sans succès.

Suivent enfin quelques communications assez courtes qui n'ont pas provoqué de discussion : *des amputations intra-utérines*, par Price ; *de la rotation de la tête à l'aide du forceps,* par Ill, et enfin de la *nécessité de reconnaître trois plans au bassin obstétrical*, par Seymour.

P. Noguès.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 *et du* 25 *mars* 1890.

Présentation. — Tarnier. Femme enceinte, au terme d'une seconde grossesse, et présentant sur les téguments de la poitrine, de l'abdomen, des cuisses, du dos, un peu partout, une **pigmentation** très prononcée, sous forme de grandes plaques, à bords irréguliers, d'une coloration brunâtre très marquée. Cette pigmentation a commencé à se montrer vers le 2e mois de la grossesse, et depuis cette époque, elle s'est progressivement accusée. D'ailleurs, la femme avait présenté les mêmes phénomènes durant la 1re grossesse.

Discussion. — Hardy pense qu'il s'agit seulement d'une exagération des phénomènes de pigmentation qu'on observe habituellement chez les femmes enceintes. Il y a sans doute une relation de cause à effet entre la gestation et cette pigmentation excessive, mais l'explication intime du phénomène reste inconnue.

Budin. **Rapport complémentaire sur le choix de la matière colorante qui sera ajoutée aux paquets de sublimé employés par les sages-femmes.** — D'expériences faites par M. Marty, il résulte que le carmin d'indigo représente la meilleure matière colorante, et que,

d'une manière générale, il est préférable de se servir de solutions aqueuses ou alcooliques. « La solution préférable est une solution de carmin alcoolisée à 5 p. 100, préparée avec 5 gr. de carmin d'indigo desséché, pulvérulent, et 95 gr. d'alcool à 20 degrés centésimaux. Une goutte de cette solution contient 0 gr. 0015 de carmin d'indigo.

Le mélange de sublimé et d'acide tartrique imprégné d'une goutte de la solution ne devient que très peu humide. Il se dessèche rapidement par l'agitation. La préparation en est très facile. Cette goutte de carmin d'indigo ajoutée à un litre d'eau donne une teinte bleuâtre, bien accentuée au jour et suffisante à la lumière artificielle. »

La formule proposée par la commission est donc la suivante :

Sublimé corrosif............	0, 25 centigr.
Acide tartrique.......	1 gr.
Solution alcoolisée de carmin d'indigo sec à 5 p. 100.....	1 goutte.

Il faudra mêler et réduire en poudre impalpable. La dose est pour un litre d'eau.

R. L.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 13 *février* 1890.

Présentations. ARBEL : a) enfant né à 7 mois, syphilitique, présentant des lésions viscérales multiples; chez la mère, hydramnios; b) enfant né à 7 mois, mort à un jour, offrant un rein unique, médian.

MAYGRIER. **Fœtus hydrocéphale avec malformations des membres inférieurs.** — La tête, extrêmement volumineuse, était restée au détroit supérieur tandis que le tronc était expulsé. Pour terminer l'accouchement, Maygrier eut recours à la méthode imaginée par V. Huevel : incision des parties molles, section de la colonne vertébrale, et introduction à travers le canal rachidien d'une sonde en gomme, rigide, qui donna issue à 1200 gr. environ d'un liquide jaune citrin. « Les membres inférieurs du fœtus sont étendus et légèrement relevés; lorsqu'on couche le fœtus sur le dos, les pieds

restent à dix centimètres au-dessus du plan horizontal. Les pieds présentent souvent le type du pied bot varus congénital très accentué. Les genoux sont soudés et ne peuvent être fléchis que dans une très petite étendue. Du côté des hanches, les mouvements de flexion et d'abduction sont possibles ; mais l'abduction et surtout l'extension sont très limitées. Il y a donc une sorte d'ankylose des articulations du genou et de la hanche.

Discussion : BUDIN demande à M. Maygrier qu'il fasse un examen attentif des articulations. BAR croit que le terme d'ankylose n'est pas justifié, car, à son avis, les articulations sont saines. Peut-être faut-il rapporter à des lésions médullaires la rétraction observée ? BONNAIRE dit que la veille il a eu l'occasion d'observer un fœtus, expulsé à 7 mois, et qui présentait des malformations semblables : hydrocéphalie, varus, absence de l'index et de l'annulaire. PORAK a fait mouler un fœtus qui offrait aussi des malformations tout à fait analogues.

WALLICH **Note sur la rigidité anatomique du col pendant l'accouchement**, basée sur 2 observations. (Ce travail sera analysé ultérieurement.)

P. PETIT. **Diagnostic précoce de l'épithéliome utérin.** — L'auteur, tout en constatant les difficultés que présente le diagnostic précoce du cancer de l'utérus, et après avoir rappelé les opinions contradictoires émises à ce sujet, est néanmoins de l'avis, que l'examen histologique des fragments de tissu obtenus par raclage et par excision peut être d'un grand secours. Après avoir décrit, en détail, les altérations anatomiques propres à l'épithélium pavimenteux et à l'épithélium cylindrique, il relate une observation, où l'existence de ces altérations permit de poser, d'une manière formelle, le diagnostic d'épithéliome. L'observation concerne une femme âgée de 61 ans, chez laquelle les règles avaient cessé 10 années auparavant.

Or, depuis peu, elle avait eu des pertes de sang légères par le vagin. A l'examen, on constata que les dimensions de l'utérus étaient normales. Mais il existait au niveau de l'orifice interne une végétation d'un rouge vif, de la grosseur d'un petit pois. On l'excisa et elle fut soumise à l'examen histologique, ainsi que des fragments de la muqueuse du corps obtenus par curage. *Diagnostic* : épithéliome d'origine glandulaire au début, mais déjà étendu en surface au col et au corps ; 7 semaines plus tard, il ne s'était

pas encore produit de nouvelles pertes. Mais, depuis lors, la malade à qui l'on avait parlé d'une opération, n'a pas reparu.

En résumé, l'auteur conclut que la constatation des lésions élémentaires permet d'édifier le diagnostic de cancer à une époque où les notions purement cliniques sont absolument impuissantes à l'établir, et il pense qu'il y aurait grand avantage à utiliser ce qui est déjà définitivement acquis. « *Le curage et l'excision,* dit-il, *sont deux procédés de diagnostic actuellement considérés comme classiques, mais je crains qu'on n'y ait pas recours aussi souvent qu'il le faudrait.* »

Discussion : TERRILLON s'étonne que l'hémorrhagie ne se soit pas reproduite, circonstance que P. PETIT incline à rapporter au curage qu'il fit aussi complet que possible. PAJOT fait remarquer que, seule, l'observation prolongée de la malade permettrait de formuler des conclusions précises.

TERRILLON. **Ouverture des abcès profonds du bassin chez la femme.** — L'auteur a surtout en vue les cas dans lesquels l'abcès est profond, appliqué contre le rectum et séparé de la paroi abdominale par un espace de 5 à 6 centimètres rempli d'anses intestinales plus ou moins adhérentes, où il est, par suite, impossible de suturer les parties profondes à la paroi abdominale. Voici comment il conduisit l'opération, dans le 1er cas de ce genre auquel il eut affaire : « Après avoir complètement vidé la poche purulente, puis l'avoir largement ouverte, j'écartai les intestins le plus possible pour me faire de la place et du jour. Je pus alors nettoyer la surface de l'abcès, gratter les parois, les cautériser avec de l'acide phénique au 1/20, et ce n'est qu'après avoir terminé ce nettoyage que je remplis la poche de gaze iodoformée disposée en mèche traversant le péritoine et venant sortir au dehors. L'ouverture abdominale fut rétrécie par quelques points de suture. Ce drainage resta en place quelques jours sans être changé. Une fistule établie à la suite du drainage rendit la guérison un peu longue; mais il n'y eut aucun accident, *guérison parfaite.* Dans 3 autres cas, résultats semblables.

Le procédé est lent à cause du drainage et de la fistule.

Discussion : GUÉRIN déclare que, d'après ce qu'il a observé, les femmes atteintes d'abcès péri-utérins succombent rarement, aussi n'est-il pas d'avis que la laparotomie soit le meilleur et le plus inoffensif moyen de les guérir. Par contre, il est partisan de

l'incision abdominale quand il s'agit d'abcès juxta-pubien. Il saisit l'occasion qui lui est offerte, pour affirmer, à nouveau, sa conviction que le phlegmon du ligament large n'existe pas. DUMONT-PALLIER fait la remarque qu'il est souvent difficile, même à la nécropsie, de découvrir le foyer primitif de l'affection, quand celle-ci a duré un certain temps, observation que Guérin reconnait être juste pour un grand nombre de cas, mais pas pour tous. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, pense que, bien qu'étant plus rare qu'on ne l'a cru jadis, le phlegmon du ligament large se rencontre quelquefois ; et, en particulier, dans les Maternités. En ce qui concerne le procédé indiqué par Terrillon pour la cure des abcès profonds du bassin, il est d'avis qu'il y a grand avantage à ne pas drainer, ce qui permet d'éviter les fistules. PAJOT désirerait voir, d'une manière générale, une tendance moins forte à pratiquer la laparotomie. Beaucoup de femmes atteintes d'abcès pelviens guérissent, la suppuration se tarit. Certes, il est des cas où la laparotomie est nécessaire, mais en général, il faut être plus circonspect quant à l'intervention. TERRILLON répond à GUÉRIN que, s'il opère, c'est qu'il a vu plusieurs femmes succomber soit à des péritonites, soit à des accidents produits par des fistules ; à CHAMPIONNIÈRE, qu'en ce qui concerne le choix de la voie abdominale, il a dans 16 cas eu recours à la laparotomie et toujours avec succès. Quant au drainage, il en a constamment obtenu de bons résultats (1).

R. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

(*Janvier, février, mars* 1890).

M. CHAPUT communique **deux cas de rétention placentaire** suivis d'accidents hémorrhagiques. Dans le premier (avortement de deux mois), la rétention placentaire avait duré 2 mois ; le curage permit d'enlever des cotylédons placentaires ; guérison. Dans le deuxième, au 5e mois d'une grossesse, métrorrhagies, expulsion de quelques caillots ; la malade entre à l'hôpital 5 semaines après

(1) La question du phlegmon du ligament large a servi à montrer que des membres de la Société se font une idée très différente de la structure de ce ligament. Aussi, la Société a-t-elle nommé une commision chargée d'éclaircir ce point du débat (Guérin, Guéniot, Lucas-Championnière).

pour des douleurs abdominales; on extrait un fœtus et un placenta. Mort avec des symptômes adynamiques.

Dans les deux cas le placenta avait continué à vivre et présentait des modifications de structure telles que : oblitération des vaisseaux, transformation conjonctive du stroma des villosités, atrophie de certaines cellules, hypertrophie des autres. Ce tissu à vitalité amoindrie pouvant être le point de départ d'accidents septiques ou d'hémorrhagies, Chaput conclut avec Doléris à la nécessité de l'ablation des annexes fœtales, dès que le diagnostic de rétention est confirmé.

M. BOUFFE présente un **arrachement du col utérin** par la tête du fœtus dans un accouchement de primipare.

M. WALLICH faisant l'examen histologique de **deux cas de rigidité de l'orifice du col** pendant l'accouchement n'y touve aucune altération essentielle ou primitive.

M. PILLIET, dans **deux cas de septicémie utérine avec ictère** a fait l'examen histologique du foie. Il a pu constater l'existence d'infarctus septiques, constitués par des amas de streptocoques. Il pense que dans les septicémies utérines ou autres à marche lente, sans ictère, ce qu'on rencontre le plus souvent, c'est la dégénérescence graisseuse de toutes les cellules hépatiques sans infarctus tandis qu'on rencontrerait surtout les infarctus septiques dans la septicémie rapide avec ictère terminal.

M. CHAVANE montre une **malformation faciale (section par une bride amniotique)**. L'enfant venu à 8 mois était mort après une seule respiration.

Le tronc et la partie inférieure de la face sont régulièrement conformés; mais la voûte crânienne manque. Les membranes adhérentes aux méninges se pédiculisent en quelque sorte vers le milieu de la masse encéphalique et après un trajet de quelques centimètres vont gagner le placenta qui est ainsi maintenu fixé tout près de la tête. Le cordon qui va rejoindre l'ombilic est très court et passe en écharpe au-devant du fœtus.

Le frontal paraît manquer en grande partie, les yeux font une saillie marquée rappelant l'exophtalmie.

De chaque côté du nez il existe un sillon profond asymétrique. Les téguments sont taillés à pic, les bords sont nets et la peau paraît se continuer au moins à quelque distance pour en former les deux lèvres.

A gauche, il s'étend de l'angle externe de l'orbite et gagne la lèvre supérieure tout près de la commissure qu'il n'atteint pas. Toutes les parties molles sont sectionnées (joues et lèvres supérieures). Il atteint le rebord alvéolaire qu'il divise profondément.



A droite, il ne suit pas tout à fait le même trajet. Toutes les parties molles de la joue sont sectionnées entre les deux maxillaires et la commissure labiale est divisée, puis sa direction devient presque verticale et il aboutit au milieu de la paupière inférieure.

Une bride amniotique adhérente aux méninges parcourt tout ce sillon au fond duquel elle est fixée. D'abord assez large et adhérente à la conjonctive et aux paupières, à gauche, elle se rétrécit,

mais reste très résistante ainsi qu'on peut s'en assurer en faisant sur elle des tractions assez fortes. Elle passe de l'arcade alvéolaire gauche sur la droits en suivant une direction oblique, mais reste en arrière de la portion dure du palais. Le voile du palais paraît divisé au moins en un point : la dissection pourra seule éclaircir ce fait.

Cette bride a donc l'aspect d'une fronde passant par la bouche ouverte, fronde dont les deux extrémités iraient s'attacher aux méninges.

Elle circonscrit, en passant au fond du sillon que nous avons décrit : le nez, la lèvre supérieure et une grande partie de l'arcade alvéolaire, ainsi que toute la voûte du palais. Les parties osseuses sous-jacentes paraissent divisées, car il est possible de les mobiliser d'une seule pièce, en leur imprimant, avec le doigt, des mouvements d'avant en arrière.

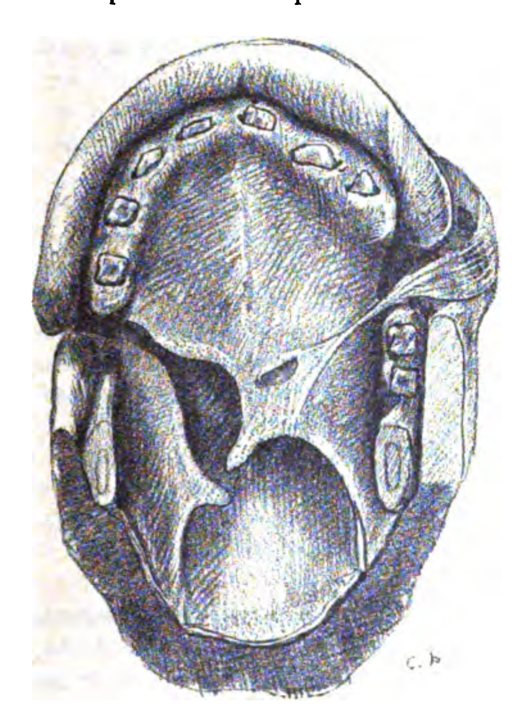
La dissection de la pièce, faite avec M. Broca, a donné les résultats suivants :

Après avoir séparé avec soin les os et les parties molles, en respectant la bride amniotique précédemment mentionnée, on constate, comme l'examen extérieur le faisait prévoir, que la fissure n'est pas symétrique.

A gauche, où la fente des parties molles, comme nous l'avons déjà dit, n'est pas commissurale, mais située sur la lèvre supérieure, un peu en dedans de la commissure, le maxillaire supérieur est fortement déprimé entre la canine et la première molaire. Entre ces deux dents existe donc une fissure alvéolaire. La voûte palatine est intacte. Au-dessus du bord alvéolaire, la fissure osseuse gagne vers l'orbite en passant en dehors et en arrière du trou sous-orbitaire. Ainsi, le maxillaire supérieur gauche est incomplètement divisé en deux masses : l'une antéro-interne, comprend les deux incisives et la canine, sur elle se voit le trou sous-orbitaire intact, l'autre postéro-externe porte les deux molaires. Ces deux masses, divisées au niveau du bord alvéolaire, sont unies au niveau de la voûte palatine, non divisée.

A droite, la fente des parties molles est nettement commissurale et, se transformant bientôt en un sillon au fond duquel s'insère la bride, elle arrive contre l'angle externe des paupières. On constate à la dissection que de ce côté aussi le palais osseux est intact. Les deux maxillaires, supérieur et inférieur, ne sont ni divisés ni

déformés. Mais il y a défaut de jonction entre le malaire et le maxillaire supérieur. Plus haut, le malaire est bien au contact du frontal, mais il est anormalement mobile sur lui et à ce niveau le squelette est assez profondément déprimé.



Si le palais osseux est partout intact, il n'en est pas de même du *voile du palais*. Celui-ci est divisé obliquement en arrière et à droite en deux parties dont l'une, la plus considérable, est adhérente à la voûte palatine , dont l'autre, de faible étendue, est annexée à la face interne de la branche montante droite du maxillaire supérieur. La figure ci-jointe due à M. Lyot, interne des hôpitaux, rend bien compte de cette disposition bizarre.

Ce n'est pas tout et on constate que, à peu près sur la ligne médiane, entre la voûte osseuse et le voile, existe un petit orifice, sur le trajet de l'insertion de la bride amniotique.

Ainsi, la bride a pris à peu près en travers de l'orifice buccal. A droite, elle s'est engagée dans la fente commissurale, puis s'est

déviée de cette fente embryonnaire typique et est remontée vers l'angle externe de l'orbite, en causant une division anormale entre l'os malaire et le maxillaire. A gauche, elle a sectionné la lèvre en dedans de la commissure et a causé une fissure alvéolaire entre la canine et la première molaire. Entre ces deux points, visibles à l'extérieur, la bride a pénétré dans la bouche et a percé en travers le voile palatin, produisant de la sorte un sillon et, sur la ligne médiane, un orifice; en même temps a eu lieu, par un mécanisme obscur, une division de cause mécanique que n'explique pas l'embryologie.

Au reste, dans toutes ces malformations, le commencement de la fissure commissurale gauche est la seule qui réponde au trajet d'une fente embryonnaire normale (fente entre les deux bourgeons maxillaires supérieur et inférieur).

M. POTHERAT montre **deux ovaires kystiques** trouvés à l'École pratique sur un cadavre. Les deux ovaires avaient acquis à peu près le volume d'une mandarine, tout en ayant conservé sensiblement la forme en amande d'un ovaire normal. Les kystes à contenu clair, par places légèrement hématique, existaient jusque dans la partie centrale de l'organe. A droite il y avait quelques adhérences péritonéales anciennes ; les franges de la trompe s'étaient réunies pour former avec l'ovaire une cavité contenant un liquide louche.

M. FAURE MILLER présente des pièces de **tuberculose génitale** trouvées à l'autopsie d'une phtisique. La muqueuse utérine, les trompes, les ovaires et le péritoine pelvien étaient pris. A aucun moment de la vie, il n'y avait eu de phénomènes aigus ; seul, un écoulement purulent vaginal avait attiré l'attention de la malade.

M. BRODIER apporte des pièces de **grossesse tubaire** ayant donné lieu à une hémato-salpingite.

-

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Séances du 12 juillet et du 25 octobre 1889.

Présentations. — GOTTSCHALK. **Œuf abortif.** — Cet œuf a été expulsé par une femme, chez laquelle la menstruation était extrêmement régulière, se produisant tous les 25 jours, et durant 4 jours. En mai 1889, en juin, règles à la date prévue, et en quantité et qualité

tout à fait normales. En juillet seulement, retard de 3 jours, suivi d'une métrorrhagie abondante. L'œuf est trouvé au milieu des caillots. De son examen et en particulier de celui de l'embryon, il ressort qu'il est âgé de 18 — 20 jours. D'après Gottschalk, ce fait plaide contre la théorie de la fécondation de Sigismond-Reichert-Lowenhardt, que l'œuf fécondé provient des premières règles absentes.

KELLER. — **Du diagnostic de la grossesse tubaire** (1).

VEIT. — **Œuf abortif,** expulsé après un retard de 7 jours. Il fut d'abord expulsé la moitié d'une caduque ; puis l'autre moitié, légèrement putréfiée, sortit. Sur celle-ci, il existait une saillie du volume environ d'une lentille, qui, à la coupe, permit de constater la présence d'un œuf. On distingue les deux caduques : la caduque réfléchie, dépourvue de glandes, est riche en vaisseaux ; la caduque vraie possède un grand nombre de glandes et de vaisseaux. Au niveau de la sérotine l'épithélium fait défaut, et l'épithélium chorial, conformément à la publication de Waldeyer, paraît n'être que bi-sérié. Les villosités choriales apparaissent très nettement.

KELLER. — Préparation, provenant d'une nécropsie, et sur laquelle on voit une **perforation du col de l'utérus guérie avec enclavement de l'épiploon**. Le fait est relatif à une femme, âgée de 42 ans, XII pare. 3 jours avant l'accouchement, qui eut lieu à terme, il se faisait déjà par le vagin un écoulement fétide, et l'on releva les particularités suivantes : tympanite utérine, température 39°, pouls 112, enfant mort et macéré. En raison d'une rigidité très marquée du col, il fallut, après incision de sa paroi antérieure, pratiquer la dilatation manuelle. Puis, on pratiqua la perforation, et l'on fit avec le cranioclaste des tentatives d'extraction, qui échouèrent. On eut alors recours à la version, qu'on fit suivre de tentatives d'extraction, au cours desquelles on éprouva, du côté du col, de fortes résistances. L'accouchement terminé, on constata une déchirure perforante du col, située sur sa paroi antérieure, et communiquant par sa partie inférieure avec la vessie, par sa partie supérieure avec la cavité abdominale, et à droite avec une collection suppurée. Une masse molle qui faisait saillie à travers la déchirure fut reconnue être l'épiploon. On s'empressa de le réduire.

Les premiers jours des suites de couches furent assez bons : pas

(1) Vid. *Ann. gyn. et d'obst.*, 1889, février, p. 147.

de douleurs abdominales; mais, peu à peu la situation empira, et les lochies devinrent fétides. Il se produisit ensuite des hémorrhagies vaginales très abondantes, qui empêchèrent de faire une antiseptie tout à fait rigoureuse. Plus tard, il survint du gonflement de la jambe gauche, et on constata des signes de suppuration au niveau de la région fessière gauche; abcès qui communiquait avec l'abcès pelvien interne, situé du côté opposé. 3 mois environ après son accouchement, la femme épuisée surtout par les hémorrhagies, succomba à une deuxième attaque de collapsus.

De l'examen de la pièce pathologique, l'auteur conclut que l'état anormal du col était dû à un cancroïde, déjà fortement ulcéré. Au cours de l'extraction, le tissu, à cause de son défaut d'extensibilité, se déchira dans le prolongement de l'incision faite, ce qui amena la déchirure perforante du col.

CZEMPIN. — Pièce provenant d'une **grossesse tubaire** (1).

OLSHAUSEN. — a) **Myôme** du poids de 10 livres.

b) **Ovaire, siège d'un corps jaune kystique et d'un kyste séreux.** On avait cru à une grossesse extra-utérine, parce que la femme après un 1er accouchement en mai 1889, n'avait revu ses règles qu'en août. Comme on avait constaté une certaine augmentation du volume de la matrice, on l'avait rapportée à l'influence même sur l'utérus de la grossesse ectopique.

KRAMER. **Des fibromes du placenta.** — Il décrit, sous ce titre, 2 tumeurs, qui étaient situées entre les villosités choriales, et les considère comme développées aux dépens de la partie membraneuse du chorion. (Ce travail sera publié *in extenso* dans le *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*)

VEIT. **De la détermination des indications dans le traitement de la rétroflexion de l'utérus.** — L'auteur, qui s'appuie sur son expérience personnelle et sur les faits publiés par les autres, est d'avis que la ventro-fixation n'est passible que d'une application très restreinte. (Sera également publié *in extenso* dans le *Cent. f. Gyn.*)

R. L.

(1) Ibidem, p. 155.

REVUE ANALYTIQUE

MÉTRITES. — ULCÉRATIONS. — LEUCORRHÉE. — DYSMÉNORRHÉE

La leucorrhée, son traitement médical et chirurgical. (Leucorrhæa. Its medical and surgical treatment), par Ralph Waldo, in *The international J. of surg.*, N.-Y., 1889, t. II, p. 129.

L'auteur étudie successivement les différentes formes de leucorrhée, vaginale, utérine ou salpingienne, et leur traitement. Dans les cas rebelles de leucorrhée utérine, il conseille le drainage de l'utérus à l'aide d'une lanière de gaze iodoformée, dilatant au besoin le col pour l'introduire; le curettage lui semble excellent dans les cas de fongosités.

H. H.

Le tampon, sa valeur comme moyen de diagnostic dans l'endométrite chronique, par Schultze, in *Semaine médicale*, 1889, p. 161.

Le tampon diagnostic de Schultze consiste en un tampon de coton dégraissé imbibé très fortement d'une solution de tannin et de glycérine à 20-25 0/0 qui est appliqué solidement dans les culs-de-sac vaginaux préalablement nettoyés avec soin, de façon à recouvrir le col tout entier. La glycérine, dont le tampon est imbibé, absorbe l'eau dans les parties qu'il touche ; les éléments fournis ne sont pas entraînés au delà des parties qui sont ainsi recouvertes par le tampon. Quand, après 24 ou 48 heures le tampon est enlevé, on trouve, sur la partie qui recouvrait un col sain, un globule du mucus cristallin de la cavité cervicale. Si le col est atteint d'une irritation catarrhale au-dessus de l'orifice externe, on trouve sur le tampon, outre le globule cristallin, du pus qui s'est écoulé de l'orifice externe.

La constatation de ce pus suffit à établir l'existence d'une lésion inflammatoire. Peu importante dans les affections du col, faciles à reconnaître avec le spéculum (mucosité dense et tenace, érosions, ectropion, etc.), elle est d'un haut intérêt pour le diagnostic de ces endométrites latentes, qui ne se révèlent par aucun signe à la palpation ou à l'examen avec le spéculum, et qui trahissent leur existence par la dysménorrhée, la stérilité, les douleurs de reins, d'estomac, la dyspepsie nerveuse, la migraine, des accès

l'asthme, la toux nerveuse, etc... Un diagnostic **précoce permet en** effet un traitement approprié et assure **la guérison avant que** l'affection ne soit devenue plus grave et n'ait été **compliquée d'affections** consécutives (paramétrite, déviations, etc.).

H. H.

Petites déchirures du col (Minor lacerations of the cervix), par Charles H. Bushong, *Med. Rec.*, N.-Y., 1890, t. I, p. 59.

De petites déchirures du col, sans importance **en apparence,** peuvent être cause d'avortement, de stérilité, de **troubles menstruels**, d'accidents nerveux, etc. Dans ces cas, **un examen minutieux** permet de constater l'existence d'une **masse cicatricielle** sous-jacente à la déchirure et d'une légère **augmentation de volume** de l'utérus. **L'application de la liqueur Monsel** suivie **d'un tamponnement** glycériné, suffit souvent pour **restituer au col son élasticité;** en cas d'échec, il ne faut pas hésiter **à extirper la masse indurée** et à faire la suture de la déchirure.

Pathogénie des métrites, par Petit. *Mercredi médical*, **Paris,** 9 avril 1890, p. 157.

Excellente revue critique sur le rôle des diverses causes et conditions favorisant le développement des métrites.

La cause est toujours une infection. Le fait est hors de doute pour l'endométrite blennorrhagique, pour l'endométrite post-puerpérale (streptocoques), etc.

Le plus souvent il s'agit d'une hétéro-infection, quelquefois d'une auto-infection, facile à comprendre depuis qu'on sait que le vagin et le col contiennent en abondance des germes, dont un certain nombre sont pathogènes (Winter).

Ces infections sont favorisées par un certain nombre de conditions: Séjour de parcelles d'œuf dans le col après un avortement, béance de la vulve, écoulement menstruel, copulation, parturition, déchirures bilatérales du col avec ectropion très marqué, contusion chronique par un pessaire mal appliqué, toucher, cathétérisme, abaissement, etc.

La constatation d'un état diathésique a son intérêt au point de vue thérapeutique, la question d'état général et de terrain jouant un grand rôle, sinon dans la production, au moins dans la permanence des métrites.

H. H.

De la métrite disséquante. (Ueber Metritis dissecans), J. HOECHSTENBACH. *Arch. f. Gyn.*, 1890. Bd XXXVII, Hft 2, p. 175.

Le cas suivant que l'auteur décrit en détail a été le point de départ de ce travail : chez une femme âgée de 24 ans, saine, forte, très émotive, primipare, le travail se déclare au terme normal de la grossesse, après rupture prématurée de la poche des eaux. La période de dilatation se fait très lentement. On applique le forceps la dilatation étant encore incomplète. Mais, après quelques tractions, l'instrument est retiré. 16 heures plus tard, le forceps est de nouveau appliqué, et une seule traction suffit à extraire l'enfant. Enfant mort, durée de l'accouchement, 4 jours. Déchirure du périnée, réunie par quelques points de suture.

En raison d'une hémorrhagie *post partum* abondante, extraction manuelle du placenta et injections intra-utérines antiseptiques. 3/4 d'heure plus tard, défaillance, frissons, vomissements répétés, symptômes d'une infection puerpérale. Le jour suivant, météorisme abdominal très accusé, sensibilité du ventre et des organes génitaux. Développement dans l'utérus de gaz putrides, physométrie, endométrite putride. Les jours suivants, atténuation de ces accidents et expulsion de portions sphacélées de la muqueuse vaginale. Production d'une fistule vésico-vaginale.

L'infection, partie de l'utérus, donne lieu à des métastases dans les poumons. Le 26e jour après l'accouchement, la femme ayant une fièvre modérée et présentant un écoulement fétide, purulent, considérable, elle expulse par le vagin un gros fragment de tissu, composé de portions du vagin et de l'utérus. Dans la suite, indépendamment des accidents de septicémie et de pyohémie qui emportent la malade, on constate au niveau des organes génitaux, la production d'atrésies qui aboutissent à l'oblitération de l'utérus et du vagin.

A la suite de cette observation personnelle, l'auteur résume les cas publiés antérieurement et discute les opinions diverses émises par les auteurs (Syromjatnikoff, Garrigues, Nöggerath, Grammatikati, Lebedeff, Kehrer).

En ce qui le concerne, il croit qu'il s'agit, dans tous les cas, d'une infection, point de départ d'une métrite parenchymateuse qui aboutit à la nécrose du tissu atteint et à l'expulsion du fragment nécrosé. Mais, il est possible que des maladies générales coexistantes (fièvre typhoïde, syphilis), favorisent l'évolution du processus infectieux.

A l'heure actuelle, les résultats fournis par l'examen microscopique ne permettent pas de décider s'il s'agit d'une nécrose primitive d'une portion de l'utérus conséquence d'une thrombose sanguine ou par coccus des vaisseaux correspondants et d'une inflammation éliminatrice, ou bien si elle est le résultat de la suppression de l'apport des éléments nutritifs par une exsudation de nature inflammatoire. Mais, dans tous les cas, les phénomènes inflammatoires sont très nets, et cela justifie la dénomination de « métrite disséquante », adoptée par Syromjatnikoff qui, le premier a décrit cette affection.

Le *pronostic* est toujours sérieux. Sur les 12 cas, les seuls rapportés, il y eut 3 morts : a) par *pyohémie ;* b) par *rupture de l'utérus,* à la suite d'une injection intra-utérine ; c) *par septicémie aiguë, généralisée.*

Quant au *traitement,* il est impuissant contre le processus disséquant. Il doit être surtout symptomatique. Mais, il faut se garder de faire des injections intra-utérines, pour ne pas produire de rupture. C'est au plus, si l'on a le droit de pratiquer un nettoyage très doux de la cavité de la matrice au moyen d'ouate imbibée de solutions antiteptiques fortes.

R. L.

Discussion sur l'endométrite du corps de l'utérus, sa fréquence, son diagnostic, son traitement. (A discussion on corporeal Endometritis : its frequency, diagnosis and treatment), par G. E. HERMANN. *Brit. med. Journ.* Lond., 1890, T. I, p. 221.

Le Dr Hermann, qui a soulevé la discussion, insiste d'abord sur la difficulté qu'il y a à déterminer si l'écoulement purulent, fait capital de l'inflammation, est causé par l'altération de la muqueuse du col, du corps ou des trompes.

Il admet et décrit avec quelques détails, plusieurs variétés d'endométrite du corps :

Les endométrites *fongueuses,* qui se subdivisent elles-mêmes en *hyperplasiques* et *polypoïdes* que leurs noms mêmes servent à définir ;

Les endométrites *blennorrhagiques,* qui ne sont pas anatomiquement démontrées, mais qui, bien évidemment, succèdent à la blennorrhagie du col, et précèdent celle de la trompe ;

Les endométrites des *fièvres graves,* qui ne sont en général re-

connues qu'après la mort, mais peuvent être suivies d'aménorrhée, de métrorrhagies, de troubles utérins divers, et de stérilité.

A ces diverses formes on opposera un traitement approprié.

Pour les endométrites légères ou de cause générale, on se contentera du repos, des laxatifs, des irrigations chaudes.

Mais dans les endométrites chroniques, rebelles et interminables, il faudra agir énergiquement. On emploiera la dilatation, suivie du curettage, et de l'application de caustiques. L'auteur recommande expressément l'emploi de ces deux derniers moyens associés, qu'il considère comme beaucoup plus sûr que l'emploi exclusif du curettage ou de la cautérisation intra-utérine.

Suit une discussion à laquelle prennent part un grand nombre de gynécologues. C'est le triomphe de la dilatation suivie du curettage et des applications de substances antiseptiques, légèrement caustiques telles que le phénol iodé. Tel est au moins l'avis de *Byers*, *Pridgin Teale*, *Robert Bell*, *More Madden*, *Braithwait*, *Handfield Jones*, *Cameron*, *Horrocks*, qui est le premier et le seul à parler, dans cette discussion, de la nature septique de l'endométrite chronique.

Les autres orateurs ne font pas d'objections à cette méthode de traitement et se bornent simplement à faire ressortir quelques points particuliers.

C'est ainsi que *Graily Hewith* et *Duke* insistent sur la nécessité de maintenir ouvert le col utérin et d'établir un véritable drainage de la cavité de la matrice.

Walker pense qu'il faut aussi remédier aux déplacements utérins, cause fréquente d'endométrite, et combattre chez les malades, l'excessive nervosité qui exagère si souvent les douleurs et les troubles utérins.

J.-L. FAURE.

Note sur deux cas d'endométrite hémorrhagique, par le Dr G. BOGDAN. *Bull. de la Soc. de méd. de Jassy*, novembre 1889, p. 301.

Les deux malades présentaient des hémorrhagies graves et abondantes, qui furent d'abord traitées par le tamponnement vaginal, les injections d'ergotine. Les métrorrhagies ne s'arrêtaient qu'après l'application d'un vésicatoire sur la région hépatique. C'est la méthode employée par Verneuil contre les épistaxis rebelles.

Courty de Montpellier, avait déjà cité le vésicatoire parmi les révulsifs capables d'arrêter les hémorrhagies utérines.

MAUCLAIRE.

Du traitement des endométrites, par F. de GRANDMAISON, *Gaz. des hôp.*, Paris, 22 octobre 1889, p. 1101.

Du 13 juin au 1er octobre, 70 malades ont été traitées par le crayon de Dumontpallier (1 de chlorure de zinc, 2 de farine de seigle) et déjà (22 octobre) 3 malades souffrent d'une atrésie utérine qui rend le cathétérisme difficile. Quoi qu'en dise l'auteur, nous ne pensons pas que l'atrésie se produise ni *aussi rapidement*, ni *aussi fréquemment* après le curage de l'utérus. H. H.

Traitement de l'endométrite aiguë par le drainage, incision de la paroi cervicale antérieure, dans certains cas chroniques. (The treatment of acute endometritis by drainage and a suggestion as to incision of the anterior cervical wall in certain cases chiefly chronic), par W. POLK, de New-York. *Am. Journ. of obst.*, janvier 1890, p. 1.

L'endométrium gonflé, obstrue l'orifice interne, ce qui cause l'aggravation de l'état inflammatoire. Ce fait semble indiquer le drainage. Arrêter l'inflammation à son début, c'est éviter la salpingite, l'ovarite, la péri-ovarite, la pelvi-cellulite et les abcès.

Polk commence par bien nettoyer le vagin, le col et le canal cervical (s'il le faut, il fait une petite incision au museau de tanche) avec de l'eau de savon, puis il fait une irrigation avec une solution 1/2000 de sublimé.

L'irrigation de la cavité utérine, avec la même solution, peut exiger la dilatation du col (1). Polk la fait avec deux sondes, placées l'une à côté de l'autre : l'une servant à l'aller, l'autre au retour du liquide, puis il introduit un spéculum cervical, qui lui sert pour introduire de la gaze iodoformée ou un crayon à l'iodoforme (2), qu'il remplace au bout de 24 heures, et il lave de nouveau à l'eau simple.

L'auteur ne dit pas combien de fois il répète ces pansements.

(1) Il est rare qu'un utérus non vierge n'admette pas la sonde de Lavaux. J'ai fait quelques irrigations utérines avec cette sonde, dans des cas d'endométrite, et j'ai eu quelques succès. (A. Cordes.)

(2) Le crayon me semble de tout point préférable s'il est assez souple pour suivre les flexuosités du col, et pénètre toujours. (A. Cordes.)

Importance du drainage dans le traitement des maladies utérines. (The importance of drainage in the treatment of diseases of the uterus), par W. GILL WYLIE, de New-York, *Amer. J. of obst.*; 1890, janvier, p. 25.

Wylie cite les auteurs qui se sont occupés de cette question : Simpson, Greenhalgh, Sims, Peaslee, Ellinger, Ball (de Brooklyn), Marion Sims, etc.

Il recommande la dilatation faite au moyen d'un instrument en acier, une fois par semaine, et le curage, dans les cas où il est indiqué.

Souvent, dit-il, on traite inutilement par les pessaires des cas que la dilatation, le curage et l'irrigation pourraient guérir.

Il est opposé à l'emploi des dilatateurs lents, éponges, laminaires, etc., qui s'opposent à l'issue des produits pendant plusieurs heures, et causent des douleurs qui peuvent chasser les liquides dans les trompes et amener une péritonite.

Il n'approuve pas davantage les tampons vaginaux et utérins, et recommande les irrigations avec de l'eau chaude contre les hémorrhagies.

Enfin, il recommande, suivant les cas, l'application deux fois la semaine, de la glycérine boriquée et alunée, la dilatation rapide, l'acide phénique, qu'il préfère aux caustiques violents : acide nitrique et chromique, et cautère galvanique.

A. CORDES.

Thérapeutique intra-utérine. (Intra-uterine therapeutic), par le Dr MARY PUTNAM JACOBI (*Am. Journ. of Obst.*, 1889, mai, p. 419, et juin, p. 598.

« L'évolution physiologique de l'appareil utéro-ovarien comprend trois cycles : le cycle menstruel, le cycle parturient, et le cycle reproducteur, qui commence à la puberté et finit à la ménopause ». Les affections utérines sont causées par un arrêt de ce fonctionnement normal, en un point de son cours.

Un pansement intra-utérin est suivi : 1° d'une contraction musculaire causant, a) une colique; b) la pâleur de la portion vaginale; c) la diminution du calibre des vaisseaux prouvée par cette pâleur.

2° Un saignement de la muqueuse qui ne se produit pas, si l'on a appliqué un caustique puissant.

3° Des douleurs et une sensation de pesanteur, de chaleur, constantes ou intermittentes.

4° Parfois les contractions ne paraissent pas immédiatement ; et la malade sent des douleurs pelviennes diffuses, durant quelques minutes ou quelques heures.

5° Au bout de 36 ou de 48 heures, la malade rend des fragments de muqueuse, accompagnés d'un peu de sang.

La leucorrhée diminue le plus souvent, les douleurs sont moins fortes, les règles suivantes sont moins pénibles. C'est ce qui arrive dans les cas les plus favorables. Le résultat est dû uniquement à la destruction de la muqueuse malade, tout au moins de ses couches superficielles. C'est pourquoi le curage, qui enlève la muqueuse, a sans doute le même effet. A la contraction des vaisseaux succède *une augmentation de la circulation artérielle*, but essentiel de toute la thérapeutique utérine. Il se produit ce que Trousseau a nommé l'*irritation substitutive*, qui doit s'arrêter au premier stade, sous peine de laisser la patiente plus malade qu'auparavant.

« Le but ultime de la médication utérine est donc de modifier « le processus menstruel, de telle sorte qu'elle guérisse la mé- « trite, en produisant l'involution du tissu subinvolué.

« Il en est de même que lorsqu'on voit l'involution utérine post- « puerpérale guérir une subinvolution, suite d'un accouchement « antérieur, ou lorsqu'on excise le col, pour amener l'involution « dans la métrite chronique. »

Sur les 50 cas qui font l'objet du mémoire de Mlle Putnam Jacobi, 39 malades furent guéries sans accident, 2 furent guéries malgré des accidents ; 1 fut fort améliorée, puis quelques accidents la mirent dans un état pire à celui dans lequel elle était avant le traitement.

Conclusions résumées : 1° La cautérisation intra-utérine détermine une dilatation des vaisseaux sanguins éloignés du point de son application. Cette zone est l'analogue de la zone d'hyperhémie circum-inflammatoire qui environne tout foyer inflammatoire.

2° C'est dans ce fait que se trouve l'effet utile comme le danger de la méthode.

3° C'est ce qui rend la médication intra-utérine dangereuse à l'approche des règles, ou dans les cas d'inflammation voisine.

4° Le voisinage des règles est la plus dangereuse de ces circonstances.

5° Les veines circum-utérines ont cela de caractéristique qu'elles présentent après un repos relatif, une période de développement

actif, pendant laquelle le sang y est *aspiré*, pour subvenir à la nutrition de l'œuf qui sera fécondé.

6° L'époque du danger commence *dans* 70 *cas après* la fin des règles.

7° Une première application ayant eu un effet favorable, une seconde, faite pendant le même cycle menstruel, peut causer un danger. Un cas de mort cité par l'auteur.

8° Il est néanmoins utile de faire suivre une application de topique *dans l'utérus* par une application hebdomadaire ou bihebdomadaire dans le col.

9° Il ne faut pas, en général, continuer le traitement au delà de 3 mois consécutifs, pour les mêmes raisons qui nous défendent de faire des applications trop rapprochées.

10° Si une application intra-utérine est suivie d'une douleur vive et produit une tuméfaction dans le voisinage, l'iode ou le courant galvanique constant sont souvent fort utiles.

11° Il faut le plus souvent faire ce traitement chez la malade, plutôt que dans le cabinet du médecin.

12° Dans la plupart des cas Mlle Jacobi a fait précéder l'application médicamenteuse, de la dilatation, faite soit avec les dilatateurs d'acier, dont l'introduction cause parfois une douleur prolongée, soit au moyen de la laminaire.

13° Les astringents sont irritants, et ne présentent pas d'avantage qui compense cet inconvénient.

Avec raison, on a abandonné le *nitrate d'argent.*

Le *perchlorure de fer* a les préférences des Allemands (Hildebrand, Fritsch). Mlle Jacobi l'a vu produire de la métrite ou échouer, elle l'a abandonné.

L'acide phénique dissout dans la glycérine est très doux. Il a le grand avantage d'être anesthésique.

L'acide nitrique pur (Laube Attlise) semble trop violent, l'auteur l'additionne de son volume d'eau, il produit une eschare suffisamment épaisse (1).

Son application est douloureuse.

L'iode, le *phénol iodé* (Battey) sont les meilleurs agents, dans l'opinion de Mlle Jacobi.

En terminant cette intéressante monographie Mlle P. Jacobi dit

(1) Pas dans mon expérience, pourvu que le caustique ne touche pas le vagin ou la vulve (A. Cordes).

quelques mots sur la cautérisation électrique dans les cas d'endo métrite. Elle l'a employée avec profit dans 4 cas.

A. CORDES.

Traitement médical de la dysménorrhée. (Medical treatment of Dysmenorrhea), par E. W. MITCHELL (de Cincinnati). *Am. Journ. of Obst.*, mars 1890, p. 250.

L'auteur ne prétend pas faire une monographie complète sur ce sujet : il se borne à rapporter les résultats de son expérience.

La cause la plus fréquente de ce symptôme, pour lui, comme pour Wylie (*Amer. Syst. of Gyn.* I, p. 421), est une hyperesthésie de l'endométrium « avec sténose ou induration, ou avec contraction spasmodique ».

Les palliatifs : bromures, chloral, cannabis indica, jusquiame, belladone, rendent des services. Dans la pléthore accompagnée d'une perte peu abondante, les bromures sont fort utiles. L'antipyrine n'a pas d'effets curatifs.

Une dose de 30 centigr. d'oxalate de cerium, répétée d'heure en heure a réussi, entre les mains de Chambers, chez les femmes robustes à perte faible.

Comme curatif, Mitchell recommande l'hygiène, l'exercice, le séjour dans un milieu moral et intellectuel sain, un bon régime alimentaire, les ablutions de tout le corps, des vêtements hygiéniques (l'auteur, sans le dire, vise sans doute les corsets trop étroits), et l'absence d'excès quelconques, comme le coucher tard et le surmenage intellectuel. L'auteur cite ensuite l'arsenic fort et l'électricité en applications générales et locales, puis l'apiol et le manganèse auxquels il attribue un effet sur l'appareil utérin.

Puis il rapporte le cas d'une fille, épileptique et dysménorrhéique qui, sous l'influence d'une dose de 10 centigr. de bioxyde de manganèse, répétée 3 fois par jour, vit des aménorrhées disparaître et avec elles les crises menstruelles d'épilepsie. Cinq autres cas furent traités à peu près de même ; un septième fut traité par le fer, le phosphore et l'apiol ; le 8e par l'apiol, tous avec succès.

A. CORDES.

1° Application du principe de la périnéorrhaphie à lambeaux à l'opération de l'ectropion du col, suite de déchirure. (Die Uebertragung des Principes der Lappenperineorrhaphie auf die operation des Lacerationsektropiums), L. KLEINWACHTER. *Zeit. f. Geb. u. G.*, 1889, Bd XVII, Hft 2, p. 279.

2° De la guérison des déchirures du col par le procédé à lambeaux. (Ueber die Heilung des Cervixrisses durch Lappenspaltung). DUHRSSEN. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 4, p. 57.

La simplicité d'exécution de la périnéorrhaphie à lambeaux connue sous le nom de procédé de Tait, les heureux résultats qu'elle a fournis, ont suggéré l'idée d'en utiliser le principe pour la restauration du col déchiré. Sänger (1), le premier, avait indiqué l'utilité de cette généralisation et, par deux figures schématiques, montré de quelle façon il entendait la nouvelle méthode. Kleinwachter, Fritsch et Dührssen, l'ont appliquée et toujours avec de très bons résultats. Dührssen en donne là description suivante :

« L'incision commence sur la lèvre antérieure, au point où doit correspondre la commissure latérale de l'orifice externe artificiellement formé. Puis, elle chemine entre les limites de la muqueuse du col et de la muqueuse de la portion vaginale, aboutit à l'angle de la déchirure et revient sur la lèvre postérieure où elle suit un trajet symétrique. Cette incision doit avoir 1/2 centim. de profondeur. Une fois faite, on étale par l'écartement de ses bords, sur chaque lèvre du col, une surface cruentée. On les coapte ensuite très exactement, comme dans l'opération d'Emmet, soit à l'aide d'une suture semblable à celle qui est employée dans cette dernière opération, soit à l'aide d'une des variétés de suture imaginées par Fritsch ou par Dührssen. R. L.

L'usage de la curette dans l'endométrite puerpérale. (The use of the curette in puerperal endometritis), par ABBEY F. ROONEY, in *The North American practitioner*, août 1889, p. 375.

Chaque fois qu'il y a menace de septicémie après un accouchement, on ne doit pas s'attarder aux douches utérines, mais bien explorer l'utérus et enlever à la curette les débris du placenta. L'opération est simple, ne demande pas d'anesthésie : la position de Sims est avantageuse ; l'abaissement de l'utérus et l'usage de la curette courbe sont d'un grand secours. L'auteur n'a pas eu précisément à traiter des endométrites, mais il a guéri par la curette des hémorrhagies secondaires (trop tardives pour mériter le nom d'hémorrhagies post partum) et qui étaient dues à la rétention d'un fragment de placenta. Il rappelle que dans un hôpital de Vienne, il a été fait 200 curettages pour endométrite puerpérale sans un décès. P. NOGUÈS.

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1888, n° 47, p. 765.

L'abus du traitement utérin à la suite de faux diagnostics. (The abuse of uterine treatment through mistaken Diagnosis), par WILLIAM GOODELL, in *Med. News*. Philadelphie, 1889, p. 621.

« N'allons-nous pas chercher la guérison des névroses issues du chagrin, de l'amour, de l'abandon et de la jalousie, dans l'extirpation des ovaires, dans des opérations sur le col et sur le périnée ; n'essayons-nous pas de guérir les blessures de l'âme et l'angoisse du cœur par des pessaires à antéflexion, des applications utérines et des douches vaginales à 40°. » Ainsi s'exprime l'auteur qui déplore en un style imagé les innombrables erreurs qui consistent à prendre pour troubles utérins et traiter comme tels, diverses perturbations nerveuses d'origine multiple, physiques, sensorielles ou psychiques. Ces troubles fréquents, chez les jeunes filles et chez les jeunes femmes peuvent revêtir des formes très variées : faiblesse générale, fatigue invincible, douleurs lombaires, ovariennes, utérines, irritabilité vésicale, troubles menstruels, troubles digestifs, troubles psychiques, maux de tête et maux de cœur, tout y est et tout se rencontre.

Mais souvent les troubles utérins dominent tellement la scène qu'on est presque fatalement conduit à commettre les erreurs les plus regrettables. Il faut donc pour les éviter se tenir sur ses gardes, interroger avec soin le système nerveux et se souvenir que « la femme a des organes ailleurs que dans le bassin ».

J.-L. FAURE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Dolan. Gynæcological specialism and general practice. *Brit. Gynæc. J.*, London, 1889-90, 281. — **Fritsch.** Die Krankheiten der Frauen, Aerzten und Studiren geschildert. *Berlin*, 1889. — **Goodell (William)**. Tertiary syphilis affecting the pelvic viscera. *Annals of Gynæc.*, Boston, 1890, II, 199. — **Maury (R. B.)**. Report of Gynecological Work, with special Reference to methods. *Med. News*, Philadelphie, 1890, I, 5. — **Mensinga**. *Eine gynäkologische Frage : Wie sichert man am Besten das Leben der Ehrefrauen*. Berlin, 1890. — **Petit**. Nécessité d'un diagnostic précis en gynécologie. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, 1890, janvier, 1. — **Tait (L.)**. *Diseases of women and abdominal surgery*, vol. I, 1889.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Bernhard v. Beck**. Die osteoplastische Resection des Kreuzsteissbeines zur Freilegung der inneren weiblichen Sexualorgane behufs Totalextirpation des Uterus bei Carcinom und anderer operativer Eingriffe. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 1, p. 37. — **Berczeller**. Vaginal obturator à double courant zu heissen Ausspülungen der Scheide. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 12, p. 193. — **Brivois**. Electrothérapie gynécologique et obstétricale. *Arch. de toc.*, 1890, n° 1, p. 21. — **Walter B. Chase**. Remarks on the use of the uterine curette. *New-York med. and Surg. Journal*, 8 mars 1890, LI, 256. — **Delbastaille**. Spéculum à glissières. *Ann. Soc. méd.-chir. de Liège*, 1889, XXVIII, 389. — **Dutre (A.)**. Vaginal Insufflator (Illustrated). *Lancet*, Lond., 1890, I, 28. — **Fritsch**. Sterilisationstof für das Operationzimmer, nebst einigen Bemerkungen zur Desinfektion in der Klinik. *Cent. f. gyn.*, 1890, n° 10, p. 154. — **Goelet (H.)**. The treatment of certain pelvic Tumours by Galvano puncture, Drainage by the Vagina and intra-uterine Galvanisation. *Med. News*, Philad., 25 janv. 1890, LVI, 84. — **Hochenegg**. Die sacrale operations methods in der Gynäkologie. *Arb. u. Jahresb. d. K.K. erst. chir. Univ. Klin zu Wien.* (1888), 1889, 117-123. — **Hovent** L'électricité en gynécologie. *Journ. d'accouch. de Liège*, 1890, n° 5, p. 55. — **Jentzer**. Une nouvelle curette. *Arch. de toc.*, 1890, n° 3, p. 129. — **Loebel**. Das balneotherapeutische Verfahren während der Menstruation. *Frauenarzt*, Berl., 1889, IV, 414, 491, 529, 597, 678, 732. — **Martin (N.)**. Value of the Genupectoral position in Gynecological treatment. *Med. News*, Philad., 22 févr. 1890, LVI, 204. — **Franklin Martin (H.)**. Remarks on Electricity in Gynecology and a new portable Galvanic Battery. *Med. News*, Philad., 25 janv. 1890, LVI, 95. — **Philbert (E.)**. *Etudes de clinique thermale. De l'influence de l'amaigrissement sur la stérilité.* Brides-les-Bains, 1889. — **Price (Joseph)**. Analysis of fifteen months, Abdominal Work in the Gynecean hospital Philadelphia. *Annals of Gynæk.*, Boston, 1890, p. 213. — **Rockwell (A. D.)**. General observations on the use of Electricity in Gynecology. *Med. News*, Philad., 25 janv. 1890, LVI, 82. — **Sabail**. De l'action des eaux sulfureuses en général et de St-Sauveur en particulier dans les affections utérines et péri-utérines. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, 1890, janvier, 10. — **De Saint-Moulin**. Nouvelle sonde à irrigations intra-utérines. *Cliniq.* Brux., 1889, III, 732. — **Lapthorn Smith (A.)**. Bi-polar Faradisation in Gynecology. *Med. News*, Philad., 25 janv. 1890, LVI, 93. — **Thiem**. Erfahrungen über die vaginale Ligatur nach Schücking und vorschläge zu einer Modifikation derselben. *Frauenarzt*, Berl., 1889, IV, 157. — **Vulliet**. Vingt cas d'affections gynécologiques traités par le massage. Observations recueillies et rédigées par le D[r] M. Bozadjean. Genève, 1889.

VULVE ET VAGIN. — **Billoir**. Contribution à l'étude clinique de la syphilis vaginale. *Th. Paris*, 1889-90, n° 78. — **Chevrier (H.)**. Contribution à l'étude du traitement des fistules recto-vaginales, *Th. Paris*, 1889-90. — **Herzfeld**. Ueber einen Fall von primären Scheidensarcom ; Recidive fünf Monate nach der operation ; Tod ; Sectio Cæsarea in mortua. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1889, XXXIV, 557. — **Mettenheimer**. Bandformiger Verschluss der Scheide. *Jahrb. f. Kinderh.* Leipz., 1889-90, XXX, 359. — **More Madden (Thomas)**. On atresia of the vagina ; its pathology and treatment. *Lancet*, Lond., 1890, I, 236. — **Moussaud (Fern.)**. Des varices de la vulve et des

hémorrhagies consécutives à leur rupture. *Th. Paris*, 1889-90, n° 47. — **Neumann**. Ueber die Klinischen und histologischen Veränderungen der erkrankten Vaginalschleimhaut. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* Wien., 1889, XXI, 615 et *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1889, XXXIV, 286. — **Pollacsek**. — A Bartholinitis œtiologiájahoz. *Gyógyászat*, Budapest, 1889, XXIX, 520, 535. — **Vrame (R.)**. Transsesse septimish the Vagina treated by operation. *Lancet*, Lond., 1889, II, p. 1273. — **Marion Sims**. Vaginitis-Laceration of the Cervix. *International Journal of Surgery*, New-York, déc. 1889, II, 282. — **Smital**. Ueber einen Fall von Hydrocele feminina. *Wien. Klin. Wchnschr.*, 1889, II, 800; 823; 845. — **Surer (Fr.)**. De l'hématocèle intra-péritonéale spontanée chez la femme. *Th. Paris*, 1889-90.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE, ETC. — **Boldt**. Retroflektirter Uterus gravidus, ovarialkystom vortäuschend. Laparotomie. Tod. *Cent. f. gyn.*, 1890, n° 4, p. 62. — **Chaput**. Des prolapsus génitaux, variétés, pathogénie, traitement. *Semaine médicale*, Paris, 1890, n° 2, p. 12. — **Debayle**. De l'hystéropexie vaginale (opération de Nicolétis), nouveau mode de traitement des déviations utérines. *Th. Paris*, 1889-90, n° 68. — **Doléris**. Pathogénie des déviations utérines. *Nour. Arch. d'obst. et de gyn.*, janvier 1890, 32; 49. — **Fraenkel**. Ueber manuelle Behandlung des Scheiden-Gebärmuttervorfalls. *Jahresb. d. Sehles. Gesellsch. f. vaterl. Kult*, 1888, Bresl., 1889, LXVI, 255. — **Frommel**. Ueber operative Behandlung des retroflektirten Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 6, p. 94. — **Gauja**. *Etude critique sur le traitement chirurgical contemporain du prolapsus utérin.* Bordeaux, 1889. — **Heydenreich (Albert)**. De l'hystéropexie. *Sem. méd.*, Paris, 1890, p. 82. — **Horlacher**. Vollständiger primärer Uterus vorfall bei einem 14 Jahre 3 Monate alten, nicht menstruirten Mächden. *Münch. med. Wochschr.*, 1889, XXXVI, 1883. — **Mouls (Clément)**. Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. *Th. Paris*, 1889-90. — **Profanter**. *Le traitement manuel du prolapsus utérin.* Bruxelles, 1889. — **Richelot**. Sur le traitement des déviations utérines. *Union méd.*, 1889, XLVIII, 701. — **Roux**. Sur l'opération d'Alexander-Adams. *Gaz. de Gyn.*, Paris, 1889, IV, 225. — **Schücking**. Bemerkungen über die Methode der Vaginalen Fixation bei Retroflexio und Prolapsus uteri. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 8, p. 123. — **Strong**. The surgical treatment of bachward displacements of the uterus. *Med. Communic. Mass. M. Soc.* Bost., 1889, 473. — **Tampke**. Zwei Fälle von Retroflexio uteri, geheilt durch vaginale Fixation nach Schücking. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 8 p. 126. — **Vavon**. Du traitement du prolapsus utérin. *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, janv. 1890, n° 17.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Betton Massey (G.)**. The treatment of chronic metritis with galvano-chemical Cauterization. *Med. News.* Philad., 25 janv. 1890, LVI, 98. — **Doléris**. Pathogénie et traitement des affections du col de l'utérus. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1890, fév., 69. — **Dührssen**. Ueber die Heilung des Cervixrisses durch Lappenbildung. 1890. *Cent. f. Gyn.*, n° 4, p. 57. — **Grandmaison (F. de)**. Des métrites. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1890, p. 265. — **Hermonnis**. 137 cases of laceration of neck of uterus operated by Emmet's method. *J. akush. i Jensk. boliez.*, St-Petersb., 1889, III, 527, 648, 719, 812. — **Koechstenbach**. Ueber metritis dissecans. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd 37, Hft. 2, p. 175. — **Jassoud**. *Du traite-*

ment de l'endométrite hémorrhagique chronique par la thermo-cautérisation intra-utérine. Lyon, 1889. — **Lauth (Arm.)**. Du traitement de l'endométrite par le bâton de chlorure de zinc. *Th. Paris*, 1889-90, n° 54. — **Ostermair (Heinrich)**. Ueber die colpohyperplasia cystica. *Th. Erlangen*, 1889. — **Terrillon**. Ulcérations du col de l'utérus. *Bull. méd.*, Paris, 1889, III, 1355.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE, ETC. — **Bantock**. Cases of fibroïd tumours of the uterus and their treatment. *Med. Press and Circ.*, Lond., 1889, XLVIII, 573. — **Baraduc**. Traitement des tumeurs fibreuses interstitielles par le drainage lympho-galvanique positif, méthode localisée de profondeur. *J. de méd. de Par.*, 1889, XVI, 545, 585, 581, 590. — **Buckmaster (A. H.)**. Notes on the treatment of fibromyomata by Electricity. *Medical News*, Philadelphia, 25 janv. 1890, LVI, p. 91. — **Duret**. Deux hystérectomies abdominales, traitement extra-péritonéal du pédicule ; guérison. *J. des Sc. méd.*, Lille, déc. 1889, p. 596. — **Edis**. On epithelioma of the clitoris. *Brit. Gyn. J.*, Lond., 1889-90, V, 322-324. — **McGinnis**. The galvanic treatment of uterine fibromata. *Medical News.*, Philad., 25 janv. 1890, LVI, 88. — **Juillard (Emile)**. De l'extraction par les voies naturelles des fibro-myômes utérins intra-pariétaux avec l'aide du tamponnement dilatateur selon la méthode du professeur Vulliet. *Th. Genève*, 1889, **Nebel (A.)**. Zur Vaginalen Enucleation des Uterus myome, in *Munch. Med. Wochenschr.*, 21 janv. 1890. — **McMordie**. Three cases of intra-uterine polipy by slitting the cervix. *Med. Press. and Circ.*, Lond , 1889, XLVIII, 547. — **Matlakowski**. Sarcoma uteri ; hysterectomia supravaginalis, excochleatio tumoris; sanatio. *Gaz. lek.*, Warsawa, 1889, 2, s., IX, 961. — **Pérignon**. Epithélioma du col utérin. Hystérectomie vaginale. *J. des sc. méd.*, Lille, janv. 1890, p. 32. — **Pichevin (R.)**. Valeur de quelques méthodes employées dans le traitement des fibro-myômes utérins. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1890, p. 69. — **Reeves Jackson**. On the choice of methods in the treatment of uterine cancer. — *Medical News*, Philadelphia, 18 janv. 1890, LVI, p. 63. — **Roesger**. Ueber Bau und Enstehung des Myoma uteri. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XVIII, Hft. 1, p. 131. — **Ruterford (H. T.)**. Electricity in Uterine fibro-myoma. *Prov. Med. Jour.*, Leicester, 1899, p. 2. — **Rydigier**. Nowy sposob chirurgicznego leczemoi miesniaków macicy (Myomata utéri). (Nouvelle méthode de traitement chirurgical des...). *Gaz. lek.*, Warszawa, 1889, IX, 953. — **Saurenhaus**. Das verhalten des Endometrium bei Carcinom der Portiovaginalis oder des Cervic. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd XVIII, Hft. 1 p. 9. — **Sinclair et Hetheringhton**. A case of fibroïd tumours of the Cervix uteri. *Med. chron.*, Manchester, 1889-90, XI, 283. — **Skene (Alexander)**. Remarks upon the use of Electricity in the treatment of fibroids tumors of the uterus. *Med. News*, Philadelphia, 25 janv. 1890, LVI, p. 99.

AFFECTIONS PÉRI-UTÉRINES ; HÉMATOCÈLE ; MALADIES DES TROMPES, ETC. — **Betton Massey**. The treatment of chronic catarrhal salpingitis by Electricity. *Annals of Gynaecology*, Boston, 1890, p. 201. — **Chandelux**. Deux cas de salpingites tuberculeuses. *Provinc. méd.*, Lyon, 1889, III, 517-519. — **Emmet (Th. A.)**. A protest against the removal of the uterine appendages. *Med. Rec.*, N.-Y., 1889, II, 711. — **Goelet (Augustin H.)**. The conservative treatment of inflammatory diseases of the uterine appendages and sequelac by

Electricity. *Annals of Gynaecology*, Boston, 1890, p. 189. — **Hall.** Pelvic abcess. *Homœop. J. Obst.*, N.-Y., 1889, XII, 70. — **Hofmokl.** Hæmatokele ante-uterina; punction mil Dieulafoy's apparat über der symphyse; heilung. *Berl. d. k. k. Krankenaust. Rudolph-Stiftung in Wien.* (1888), 1889, 408. — **Jessett.** Case of ante-uterine abcess presenting in the vagina, caused by a silk ligature wich had been applied to the pedicle of an ovarian dermoïd cyst six mounths previously; the ligature cause away when the abcess was opened per vaginam. *Brit. Gynæc. J.*, Lond., 1889-90, V, 332. — **Parrish.** Pelvic abcess in the female. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1890, XIV, 85. — **Taylor (W. L.).** Pelvic hematocele. *Annals of Gynaecology*, Boston, 1889-1890, p. 211. — **Thompson (H.).** Ueber Veränderungen der Tuben und ovarien in der Schwaugerschaft und in puerperium. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 1, p. 30. — **Whittier.** Chronic cellulitis with complications. *Hæmœp. J. Obst.*, N.-Y., 1890, XII, 62.

OVAIRES. — **Aleksenko.** Ovariotomia per rectum. *J. akush. i. Jensk-boliez.*, St-Petersb., 1889, III, 740. — **Augier.** Cancer de l'ovaire et péritonite cancéreuse chez un enfant de 8 ans. *J. des Sc. méd.*, Lille, déc. 1889, p. 595. — **Braun.** Ein Fall von Fibroin des linken Lig. latum, welches durch Laparatomie entfernt wurde. *Sitzungsb. d. geburtsh. Gynœk. Gesellsch. in Wien.*, 1888, II, 91. — **Dohrn.** 100 ovariotomien aus der Königsber Frauenklinik. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 9, 137. — **Doran (Alban).** Apoplexy of the ovary; cystic dilatation without rupture. *Lancet*, Lond., 1890, I, 601. — **Douglas.** Complications occurring in the clinical history of ovarian cysts. *N.-York M. J.*, 1889, I, 685. — **Edis.** On twisted pedicle. *Brit. Gyn. J.*, Lond., 1889-90, V, 277. — **Frank.** Malign. Tumoren der ovarien. *Arb. u. Jahresb. d. k. k. erit. chir. Univ. Klin. zu Wien* (1888), 1889, 264. — **Girard.** Extirpation d'une tumeur cancéreuse de l'ovaire. *Dauphin. méd.*, Grenoble, 1889, XIII, 225-229. — **Guermonprez.** Abus de l'opération de Battey. *J. d. Sc. méd.*, Lille, 1890, 115. — **Hager.** Ausschälung eines subserösen ovarialcystoms von ungewönlicher Grösse. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 1, p. 4. — **Johnson.** Report of a case of tetanus following ovariotomy with remarks. *Ann. Gynæc.*, Bost., 1889-90, II, 513. — **Kramer.** Zur Casuistik der Teratome des ovariums. *Zeit. f. Geb.*, Bd XVIII, Hft 1, p. 124. — **Keith (S.).** Cases of ovariotomy. *Edinb. M. J.*, 1890, mars, 809. — **Kelly.** August Martin and ovariotomy. *Glasgow M. J.*, 1890, XXXIII, 24. — **Lloyd (Jordan).** Double sessile embedded ovarian cysts. *Lancet*, Lond., 1890, I, 548. — **Mac Mordy.** Enlarged and cystic ovaries removed for pains and hæmorrhage. *Med. Press et Circ.*, Lond., 1889, XLVIII, 603. — **Mac Murtry.** Operative methods as illustrated by the history of ovariotomy in America. *Med. News*, Philad., 15 mars 1890, LVI, 272. — **Matlakowski.** Cystoma ovarii sin., accretiones largae cum flexura sygmoidea; laparotomia; consutio cystidis ad vulnus abdominis sanatio. *Gaz. lek.*, Warszawa, 1889, IX, 941. — **Ostrogradski.** Tumeurs solides de l'ovaire. *J. akush, i. Jensk. boliez.*, St-Pétersb., 1889, III, 697-706. — **Palm (C.).** Ileus in Folge von stieltorsion eines ovarialtumors in *Beitr. z. Klin. chir. v. Bruns*, Tübingen, 1889, Bd V, p. 729. — **Parkes (Charles).** Ovariotomy and other cases. *Med. News*, Philad., 11 janv. 1890, LVI, 29. — **Pomorski.** Endothelioma ovarii. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 1, p. 92. — **Purrucker.** *Bericht über 50 ovariotomien, ausgefuhrt von B. S. Schultze in Iena in den Jahren*, 1884, 1885, 1886,

1887, Iena, 1889. — **Sabrazei**. Sarcome de l'ovaire. *Journ. de méd. de Bordeaux*, janv. 1890, p. 261. — **Scheele**. *Ueber zwei ovariotomien bei bosartigen Neubildungen des ovarium*, Strassburg, 1889. — **Spannocchi**. La ooforectomia nelle gravi nevrosi isteriche. *Raccogliotore med.*, Forli, 1889, VIII, II, 14, 81, 148, 177, 225, 263, 294. — **Taylor (John W.)**. Cyst of broad ligament. *Lancet*, Lond., 1890, I, 549. — **Wagner**. Lésions de l'ovaire dans la tuberculose. *Wrach.*, St-Petersbourg, 1889, X, 950, 970, 986. — **Winslow**. Right ovary enlarged; imbedded in a mass of peritonitic adhesions; tube occluded; laparotomy; recovery. *Maryland. M. J.*, Balt., 1889-90, XXII, 147-150.

ORGANES URINAIRES. — **Deschamps**. Opération de fistule vésico-vaginale. *Gaz. méd.*, Liège, 1889-90, II, 51. — **Fritsch**. Kanüle zur lokalen Behandlung der Weiblichen Harnröhre. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 10, p 157. — **Göbel (Albin)**. Gonorroische Urethritis beim mit periurethralem abcess, *Th. Erlangen*, 1889. — **Logothetis (H.)**. Ein Beitrag zur Kenntnis der Urinfisteln der Weibes in *Beitr. z. Klin. Chir. v. Bruns*, Tübingen, 1889, Bd V, p. 227. — **Max Münzer**. Ueber Verfall der Schleimhaut der Weiblichen Harnröhre. *Th. Erlangen*, 1888. — **Rouffard**. Note sur un cas de calcul vésical compliqué de fistule vésico-utérine et de rupture du périnée. *Cliniq.*, Brux., 1889, III, 691. — **Van der Weerd**. *Ueber einen Fall von Fistula uretero-uterina*. Haarlem, 1889. — **Zinsmeister**. Ein Fall von Blasenschreidenmastdarmstein *Wien. Klin. Wchschr.*, 1889, II, 924. — **Worall**. Cystitis in the female. *Australas. M. Gaz.*, Sydney, 1889-90, IX, 64.

CHIRURGIE ABDOMINALE (voir Tumeurs utérines, Affections périutérines, Ovaires). — **James B. Ayer**. Intussusception complicated by tuberculosis and pregn ncy. Fatal, one hundred days following the expulsion of two feet of small intestine, and forty-seven days after confinement. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 9 janv. 1890, CXXII, 27. — **Calderini**. Di alcune laparotomie. *Annali di ostetr. e ginec*, Milano, 1890, p. 75. — **Fraenkel (Eug.)**. Zur aetiologie der Peritonitis, *Münch. Med. Woch.*, 14 janv. 1890. — **Goodell (William)**. Removal of an anomalous abdominal tumor. *Med. News*, Philad., 22 fév. 1890, LVI, 189. — **Keith (Th.)** et **Keith (S.)** *Contributions to the Surgical treatment of tumours of the abdomen*, etc., Edinb., 1889. — **Neil Mc Phatter**. Early exploratory incision in abdominal surgery. *Med. Rec.*, N.-Y., 1890, I, 236. — **Neubaur (Ernst)**. Zur casuistik über « Pseudomixoma peritonei ». Werth. *Th. Erlangen*, 1888. — **Price (Joseph)**. Drainage in abdominal and pelvic surgery. *Med. News*, Philad., 15 mars 1890, LVI, 271. — **Rein**. Asepsis bei Laparotomien. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 9, p. 137.

VARIÉTÉS (microbiologie, troubles nerveux, troubles menstruels, stérilité, malformations, etc.). — **Annis**. Case of hemato-colpos. *Med. and Surg. Report*. Philad., 1889, LXI, 661. — **Boisleux (Ch.)**. Bactériologie génitale. *Arch. de Toc.*, 1890, n° 3, p. 131. — **Brodnax**. Two cases of double uteri. *Virgin. m. Month.*, 1889-90, XVJ, 711. — **Deneux**. *Traitement de la métrorrhagie par les injections intra-utérines de teinture d'iode*. Bordeaux, 1889. — **Glœvecke**. — *Körperliche und geistige Veränderungen in Weiblichen körper nach Künstlichem Verluste der ovarien einerseits und der uterus underseits*. Leipz., 1889. — **Goodell (William)**. Anal fissure with cervical laceration; neurasthenia. *Annals of Gynæc.*, Boston, 1890, III, 196. — **Gottschalk**. Ueber den Enfluss

der Inflenza auf Erkrankung der weiblichen Genitalien. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 3, p. 41. — **Icard** (S.). Contribution à l'étude de l'état psychique de la femme pendant la période menstruelle, considéré plus spécialement dans ses rapports avec la morale et la médecine légale. *Th. Paris*, 1889-90, nº 32. — **Klein** (G.). Cyste des rechten Wolff'schen Ganges. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XVIII. Hft. 1, p. 82. — **Loebel.** Ein Fall von Purpura bei eintretendem Klimaterum. *Cent f. Gyn.*, 1890, nº 8, p. 121. — **Betton-Massey**. Menorralgia and menorrspasm. *Medical Standard*, Chicago, fév. 1890, VII, 47. — **Schaeffer**. Bildungs Anomalien weiblicher Geschlechtorgane aus dem fötalen Lebendalter mit besonderer Berücksichtigung der Entwickelung des Hymen. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd 37, Hft. 2, p. 199. -- **Stark**. Some less common causes of menorrhagia, with illustrative cases. *Glasgow M.-J.*, 1890, XXXIII, 15. — **Townsend**. A report of eighty cases of rapid dilatation of the uterine canal for the cure of dysmenorrhea and sterility. *Am. J. obs.* N-Y., 1889, XXII, 1171-1176. — **Valenta** (A.). Ueber einen eigenthümlichen Tiefstand des Gebärmutter als Sterilitäts ursache. *Int. Klin. Rundschau*, 5 janv. 1890. — **Wyly**. Dysmenorrhœa. *Ann. Gynæc.*, Boston, 1889-90, III, 97.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Blume** (J.). Face, présentations. *Medical Standard*, Chicago, fev. 1890, VII, 44. — **Fanton**. De l'accouchement sans souffrance. *Arch. de toc.*, 1890, nº 2, p. 104.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Cosentino.** Contributo allo studio del bacino obliquo ovalare con anchilosi a del bacino piatto non rachitico. *Annali di ostet. e ginec.*, Milano, 1890, p. 71. — **Gloëhner**. Beitrag zur Athmung abortiver Früchte. *Cent. f. Gyn.*, nº 1, p. 1. — **Gottschalk**. Beitrage zur Entwicklungeschichte der menschlichen Placenta. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd 37, Heft 2, p. 251. — **Neugebauer**. Das neue Breslauer Spondylolisthetische Becken. *Arch. für Gyn.*, 1889, Bd 35 Hft 3, p. 375. — **Neugebauer**. Spondylolisthésie et Spondylizème. *Nouv. Arch. d'obst. et gyn.*, 1890, février, 88. — **Petitpierre**. Ueber das Eindringen von granulosazellen durch die Zona pellucida von menschlichen Eiern, nebst einigen Bemerkungen über die sogenannte kleincystische degeneration der ovarien. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd 35 Hft. 3, p. 160. — **Sabatier.** Bassin à double synostose sacro-iliaque sans rétrécissement transversal. *Lyon médical*, déc. 1889, p. 597. — **Trachet**. Considérations obstétricales sur le sacrum de six vertèbres. *Arch. de toc.*, 1890, nº 3, p. 149. — **Truzzi**. Sperienze intorno al glucosio nelle acque amniotiche, nell' urina, nel sangue del feto e nel meconio. *Annali di Ostet. e ginec.* Milano, p. 67.

APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Borde.** L'uncino (crochet) acuto dopo la craniotomia. *Annali di ostet. e ginec.*, Milano, 1890, p. 73. — **Borjakowski**. Eine neue Geburtzange. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 11, p. 176. — **Lange**. Eine Modification der Geburtzange. *Illust. Monatschr. d. ärztl., Polytech., Bern.*, 1889, XI, 251-253. — **Lebon**. Céphalotribe bigame. *Journ. d'accouch.*, 1890, nº 1, p. 1.

DYSTOCIE. — **Ehrendorfer**. Zur Kenntniss der fehlerhaften Haltung der Frucht. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd 37. Hft 2, p. 279. — **Fink.**

Delivery by the short forceps in a case of protacted labour and a rigid os uteri. *Indian M. Gaz.*, Calcutta, 1889, XXIV, 269-271. — **Hubert.** Bipare rachitique; bassin de 45 millimètres ; provocation du travail à 8 mois ; rigidité du col ; putréfaction rapide de l'enfant ; laparotomie *in extremis* ; mort 3 heures après la délivrance. *Rev. méd.*, Louvain, 1889, VIII, 433-438.—**Leisenring.** An unruptured hymen, a cause for protected labor. *Omaha clinic*, 1889-90, II, 216-218. — **Negri.** Per le diagnosi sulle mostruosita fetali durante la gravidanza e nel parto. *Annali di Ostet. e Gin.*, Milano, 1890, p. 73. — **Zweifel.** Ein fall von osteomalacie, modificirter Porro. Kaiserschnitt, geheilt. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 2, p. 25.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Braun-Fernwald.** Ueber zwei primare Laparatomien bei graviditas extrauterina. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. 37, Hft 2, p. 286. — **Chandelux.** Observation de grossesse abdominale datant de 14 mois. Extraction du fœtus par la laparotomie. Guérison. *Lyon Méd.*, 12 janv. 1890, p. 37. — **Edebohls.** A case of tubal pregnancy successfully treated by electrical fœticida. *Med. Rec.*, N.-Y., 1889, XXXVI, 628. — **Elder (George).** A case of ectopic gestation successfully treated by abdominal section. *Lancet*, Lond., 1890, I, 232. — **Treymann.** Zwei Falle von Extrauteringravidität. *St-Petersb. Med. Wchnschr.*, 1889... VI, 313, 321. — **Wathen (William.** Treatment of ectopic pregnancy, with report of a case. *New-York and Surg. Journ.*, 15 mars 1890, LI, 288. — **Wathen.** Treatment of ectopic pregnancy. *Virginia M. Month.*, Richmond, 1889-90, XVI, 717.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Charpentier** et **Butte.** Influence des hémorrhagies de la mère sur la vitalité des fœtus. *Compt. rend. Soc. de biol.*, Paris, 1889, 652-655. — **Heydrich.** Eine seltene Verletzung des Kindes bei der Geburt. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 7, p. 109. — **Hue.** Mort du fœtus par infection de l'amnios. *Arch. de toc.*, 1890, n° 1, p. 42. — **Le Gendre.** Hygiène de l'enfance. Du rachitisme. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, janvier 1890, p. 25, 48. — **Meyer.** Die Schultze'schen Schwingungen bei Verletzungen des Kindes. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 10, p. 153. — **Puech.** Traitement préventif de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. *Arch. de toc.*, 1890, n° 2, p. 72. — **Schultze.** Athembewegung und Herzaktion asphyktischer Früchte. Einfluss Künstlicher Athmung auf die Cirkulation. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 6, p. 89. — **Truggi.** Dell Oligoidramnios nei suoi rapporti collo sviluppo del feto. *Annali di Ostet. e Ginec.*, Milano, 1890, p. 64.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Blanc.** De l'opération césarienne. *Arch. de toc.*, 1890, n° 1, p. 1, 65, 138. — **Boissard (Al.).** Etude analytique et critique sur les moyens les plus fréquents employés pour provoquer l'accouchement prématuré. *France médicale*, Paris, 1890, p. 18. — **Banta.** The rectification of face presentations. *Buffalo M. and S., J.*, 1889-90, XXIX, 257-262. — **Caruso.** Il taglio Cesareo conservatore con sutura dell' utero. Rivista. *Annali di ginecol. e ostetricia*, Firenze, octobre 1889, p. 433. — **Fürst.** Ueber dem Gebrauch der Kopfzang zur Beförderung der Geburt des Steisses. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd 37, Hft 2, p. 332. — **Harris (Robert P.).** Lesions from the cœsarean operations of Philadelphia, 1835-1889, *Amer. J. of Med. Sc.*, Phil., 1890, I, 109. — **Harris.** Results of the Porro-Cæsarean operation in all countries from its introduction to the

close of 1888. *Brit. Med. Journ.*, Lond., 1890, I, 68. — **Münchmeyer.** Beitrag zum Kaiserschnitte und über das Verhalten des bei demselben verwendeten Nachtmateriale. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd 37, Hft 2, p. 312. — **Russ.** Beiträge zur Kaiserschnittsfrage. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd 35, Hft 3, p. 442. — **Sänger.** Kœserschnittfrägen. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 12, p. 194 — **Spaeth.** Ein Fall von Kaiserschnitt nach Porro wegen Atresia vaginæ. *München. Med. Wchnshr.*, 1889, XXXVI, 754. — **Vinke.** Two Cases of Cæsarean section by the Sänger method. *Tr. M. Ass. Missouri*, Saint-Louis, 1889, 117-121.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Bastaki.** Grossesse compliquée d'hydramnios. *Bull. Société des Médecins de Jassy*, 1889, p. 83. — **Fargeaud.** Réflexions rétrospectives sur l'éclampsie puerpérale. Son traitement et ses conséquences *J. Soc. de méd. et pharm. de la Haute-Vienne*, 1889, XIII, 137-146. — **Feiberg.** Zwei Fälle von Idiopatischem Pruritus universalis subpartu. *Cent f. Gyn.*, 1890, n° 7, p. 105. — **Foetuin.** A case of measles followed by pneumonitis and premature labor in a primipara. *Medic. News*, Philadelphia, 8 mars 1890, LVI, 254. — **Gallois.** Physométrie d'origine non putride pendant le travail. Embryotomie. *Arch. de toc.*, 1890, n° 2, p. 96. — **Henderson.** Cerebro-spinal meningitis complicating pregnancy. *J. Am. med. Ass.*, Chicago, 1889, XIII, 896. — **Jaffé (Th.).** Ein Fall von abnorm langer Dauer der Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 5, p. 73. — **Kaltenbach.** Zur Pathogenese der Placenta prævia. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVII Hft 1, p. 1. — **Kidd.** Notes and Remarks on a Case of Complete Prolapse of the cervical Zone of the Uterus, preceding Labour at Full Term. *The Dubl. med. J.*, janvier 1890, 1. — **Köhler.** Ueber Perforations.—Peritonitis in der Schwangerschaft. *Strasb.*, 1889. — **Kramer.** Zur Lehre von den Puerperal-psychosen. *Prag. med. Wchnschr.*, 1889, XIV, 523, 535. — **Legrand.** Sur un cas d'asystolie gravidique. *Progr. méd.*, 1889, X, 469-472 — **Lohlein.** Carcinoma recti als Indication fur die Kunstliche Fhrühgeburt und als Ursache einer Puerperalficher Endemie *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII. Hft. 1, p. 69. — **Meredith.** Rupture of the uterus during Labor. *Times and Reg.*, Philad., 1889, XX, 784. — **Noble (S. P.).** Two cases of instrumental delivery. *Annals of Gynaekology*, Boston, 1890, p. 205. — **Pedly.** Puerperal fever; a possible source of contagion. *Lancet*, Lond., 1889, II, 1273. — **Pfeiffer.** Ueber Pleuritis in Wochenbett. *Nürnberg*, 1889. — **Pinard.** Que convient-il de faire quand, pendant la grossesse, le fœtus mort est retenu dans la cavité utérine. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, 1890, janv., p. 1; 33. — **Richardson.** Cases of Eclampsia. *The Boston Med. and Surg. Journ*, 6 fev. 1890, t. CXXII, p. 121. — **Riedinger.** Ein Fall von Schwangerschaft in der geschlossenen Hälfte eines Uterus bilocularis. *Wien. Klin. Wchnschr.*, 1889., II, 859-862. — **Sabine.** A case of uræmic convulsions during pregnancy. *Bost. Med. and Sug. Journ.*, 6 mars 1890, CXXII, 220. — **Sperling.** Ueber hernia uteri gravidi. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd 37, Hft 2, p. 308. — **Stefleck.** Zum Einfluss der syphilitischen infection während der Schwangerschaft. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 1, p. 115. — **Steiger.** Plötzlicher Tod in der Nachgeburtsperiode. *Med. Monatschr.*, 1889, I, 569-572. — **Thiéry.** Remarques à l'étude de l'érysipèle dans l'état puerpéral. *Gaz. méd. de Paris*, 22 fév. 1890, VII, 87. — **Thomassoni.**

Condotta dell'ostetrico in caso di awenuta morte del feto nell'utero fuori del periodo di travaglio di parto. *Annali di Ostet. e Ginec.*, Milano, 1889, p. 77. — **Varnier.** L'infection puerpérale ; les moyens de la prévenir et de la combattre. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance,* janv. 1890, p. 10, 46. — **Whrigt.** Puerperal insanity. *Lancet-Clinic,* Cincin. 1889, XXIII, 647-652.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPTIE. — **Borel.** Du curettage utérin dans les accidents consécutifs à l'accouchement et à la fausse couche. *Arch. de toc.*, 1890, n° 2, p 89. — **Brivois.** Electrothérapie gynécologique et obstétricale. *Arch. de toc.*, 1890, n° 1, p. 21. — **Charles.** L'antiseptie obstétricale. *Journ. d'accouch.*, 1890, n° 3, p. 25, 37. 53. — **Budin.** Rapport sur la question : convient-il d'autoriser les sages-femmes à prescrire les antiseptiques ? *Arch. de toc.*, 1890, n° 3, p. 165. — **Davis.** The prevention and treatment of puerperal fever. *Med. News*, Philadelphia, 22 fev. 1890, LVI, p. 199. — **Falk.** Hydrastinin bei Gebärmutterblutungen. *Arch. f. Gyn.* Bd 37, Hft 2, p. 295. — **Fehling.** Zur Frage der Therapie bei Osteomalacie. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 5, p. 73. — **Hertzfeld.** Ueber die Erfolge der geburtshilflichen Antiseptie. *Aklg. Wien. Med. Ztg.*, 1889, XXXIV, 485.

VARIÉTÉS. — **Charles.** Maternité de Liége. Statistique de l'année 1889. *Journ. d'accouch.* 1890, n° 1, p. 1 ; n° 2, p. 13. — **Charles W. Townsend.** Five hundred and nine cases of labor. An analysis of all the cases in the out patient departement of the Boston lyingin Hospital, and of the Boston dispensary, in the year 1888. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 19 déc. 1889, CXXII, 603.—**Dührssen.** Ueber die Behandlung der Cervix und Scheidendammincision in der Geburtshülfe. *Berl. Klin. Wchshr.*, 1889, XXVI, 964. — **Draper (W.).** The legal relati ns of obstetrics. *Boston med. and Surg. Journ.*, 16 janv. 1890, CXXII, 49. — **Kuhnow.** Statisch-mecanische untersuchungen über die Haltung der Schwangeren, 1889. *Arch. f. Gyn.*, Bd 35, Hft 3, p. 424. — **Merz.** Exception à la loi de Beaumès. *Arch. de tocol.*, 1890, n° 1, p. 34. — Note sur un cas de sécrétion mammaire d'origine inconnue. *Arch. de toc.*, 1890, n° 2, p. 108. — **Porak.** De l'achondroplasie. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1890, janvier, 19, 61. — **Scott.** First experience in obstetrical practice. *Medical Age*, Détroit, Michigan, 25 janv. 1890, VIII, 30.

NÉCROLOGIE

Ulysse Trélat.

Un des plus grands chirurgiens de notre époque, le professeur Trélat vient de mourir en pleine activité scientifique, après une courte maladie.

Interne en 1849, à 20 ans, prosecteur en 1856, agrégé en 1857, chirurgien des hôpitaux en 1860, il entra comme professeur à la Faculté à 44 ans.

Bien que ses goûts l'aient entraîné vers la chirurgie proprement dite, Trélat, qui avait été de 1864 à 1867 chirurgien de la Maternité, s'est toujours occupé avec intérêt des maladies des femmes. On lui doit d'intéressants travaux sur la périnéorrhaphie, sur le traitement des fistules vésico-vaginales, des salpingites, des rétrodéviations, sur les prolapsus génitaux, etc.

Esprit libéral, toujours ouvert aux idées nouvelles, le professeur Trélat avait franchement accepté les méthodes chirurgicales modernes, qu'il a contribué à vulgariser; mais il l'avait fait sans exagération, avec ce bon sens qu'il possédait à un si haut degré, et en conservant, développées à leur summum, les qualités maîtresses de la chirurgie française, en restant excellent clinicien tout en étant habile opérateur. Il avait le don d'élucider les questions obscures et comme il les exposait avec méthode, dans un langage clair et imagé, comme il examinait avec le plus grand soin ses malades et qu'avant d'opérer il discutait toujours judicieusement ses interventions, ses leçons de la Charité étaient des plus recherchées.

Mais nulle part ses qualités maîtresses, d'ordre, de précision, de pondération dans les idées, n'apparaissaient mieux qu'à la Société de chirurgie. A la fin des discussions longues, où quelquefois le débat s'égare, on le voyait résumer les diverses communications faites, les rapprocher, les éclairer les unes par les autres, et, ajoutant sa note personnelle, poser les conclusions définitives qui se dégageaient des faits avancés.

La facilité de parole, l'éloquence de ce maître en même temps que sa finesse et sa sagacité d'esprit attiraient autour de lui; son affabilité, cachée au premier abord sous des dehors un peu rudes, sa bonté réelle, sa droiture le faisaient aimer de tous. Aussi la mort du professeur Trélat laisse-t-elle des regrets unanimes et un vide immense pour tous ceux qui l'ont approché.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôpital de la Charité. — Clinique du professeur Trélat.

INFLUENCE DU TRAITEMENT DE LA MÉTRITE SUR LES COMPLICATIONS INFLAMMATOIRES PÉRI-UTÉRINES : LYMPHANGITES, SALPINGITES, PELVI-PÉRITONITES.

Messieurs,

J'ai l'intention de vous exposer dans cette leçon les effets indirects du traitement antiseptique des métrites sur les complications inflammatoires qui se produisent autour de l'utérus : lymphangites, salpingo-ovarites, pelvi-péritonites.

J'ai déjà abordé ce sujet à deux reprises différentes, en novembre et en décembre 1889. Mais, aux faits que je vous rapportais à cette époque, d'autres observations non moins probantes sont venues s'ajouter, toutes mes hésitations sont tombées, et je suis arrivé à la ferme conviction qu'un certain nombre d'accidents plus ou moins aigus dérivés des métrites guérissent intégralement par le seul traitement de l'endométrite. Cette opinion est partagée par Munde de New-York et quelques autres auteurs, mais, la plupart de mes collègues des hôpitaux ne l'ayant pas encore adoptée j'ai cru bon de la développer aujourd'hui devant vous, en vous exposant les faits positifs que j'ai recueillis à l'appui.

Le traitement antiseptique des métrites a soulevé de nombreuses questions :

1° Comment doit être fait ce traitement ?

2° Quand doit-il être fait, c'est-à-dire quelles sont ses indications ?

3° Quelles sont ses contre-indications ?

4° Quels en sont les résultats ?

Pour ce qui est du traitement de la métrite envisagée en dehors de ses complications, l'accord peut-on dire est général, et, si j'excepte un de mes anciens collègues de la faculté, le professeur Pajot, chacun s'entend sur la formule adoptée aujourd'hui du traitement de l'endométrite, qui se résume en cette expression : curettage, ou plus exactement, action antiseptique intra-utérine. Cette question est jugée par ses résultats : quant à nous, depuis quatorze mois, nous avons traité avec succès plus de cent femmes par ce procédé. Dans d'autres services également, d'excellents résultats ont été obtenus. Voilà donc comment doit être fait ce traitement.

Les indications sont faciles à établir ; toutes les métrites sont justiciables du traitement antiseptique intra-utérin, mais avec des chances diverses de succès. Vous guérirez rapidement et totalement la métrite villeuse hémorrhagique. La métrite catarrhale d'origine puerpérale guérira dans la majorité des cas. Quant aux métrites chroniques, le résultat est moins certain, particulièrement lorsqu'elles sont accompagnées de salpingite.

Ainsi, vous le voyez, les indications sont étendues, mais les résultats variables.

Quelles sont les contre-indications de ce traitement. Mais, direz-vous, ce sont les inflammations de voisinage, les complications du côté du péritoine, des annexes, des lymphatiques. Il y a peu d'années, la totalité des gynécologistes répétaient à l'envi ce précepte : lorsqu'il y a des complications péri-utérines, gardez-vous de toucher à l'utérus, vous courez les plus grands dangers, vous risquez la vie de la malade. Actuellement encore, parcourez les thèses les plus récentes de la faculté, vous retrouverez formulées ces réserves.

Cependant aujourd'hui, quelques oppositions commencent à s'élever; M. Doléris, jeune accoucheur distingué montre de l'hésitation; s'il s'agit d'infection puerpérale, dit-il, il faut agir coûte que coûte dans l'utérus, les accidents sont pressants, l'intervention s'impose. Mais, dans les métrites éloignées, il recule, le danger n'est plus imminent, et bien que deux fois il soit intervenu avec succès, il préfère attendre. Vous voyez que M. Doléris est bien près d'arriver à la doctrine que je professe.

M. Poulet, agrégé de la faculté de Lyon, a communiqué il y a un an à la Société de médecine de Lyon un mémoire dans lequel il rapporte avoir appliqué avec succès le traitement antiseptique intra-utérin à cinquante-deux femmes pendant la durée des complications péritonéales.

Walton de Bruxelles a apporté en 1887 à l'Académie de médecine de Belgique des résultats analogues.

Messieurs, sur ce point, je puis dire que depuis un an et demi j'ai fait mon instruction. Vous m'avez entendu faire l'année dernière des leçons sur la métrite à travers les âges ; métrite virginale, métrite des premiers accouchements vers l'âge de 25 ans, métrite éloignée, entre 38 et 40 ans après plusieurs accouchements, et enfin métrite des vieilles femmes. Depuis que j'ai mis à l'étude dans le service cette question du traitement des métrites compliquées d'inflammations péri-utérines, je me suis affermi dans cette conviction que toutes ces métrites peuvent et doivent être soignées par le traitement antiseptique intra-utérin.

Nous n'en sommes plus à soulever le procès des lymphangites et des salpingo-pelvi-péritonites ; il y a incontestablement des tumeurs salpingiennes qui sont les plus fréquentes, mais il ne faudrait pas nier les lymphangites. Dans la puerpéralité, les lymphangites dominent, dans les autres cas, on trouve plus souvent des ovaro-salpingo-péritonites. Toutes ces complications sont susceptibles de bénéficier du traitement endométritique. Je vous citerai à propos des lymphangites la thèse récente d'un de mes élèves M. Cantin, où

vous trouverez des faits positifs de lymphangite péri-utérine dérivée de la métrite ayant cédé au traitement de la manière la plus évidente. Un autre de mes élèves, M. Delbet, prosecteur à la Faculté, va publier prochainement un mémoire sur les suppurations pelviennes, dans lequel il a l'occasion de revenir sur ces faits et d'affirmer à nouveau l'amélioration parallèle de la lymphangite péri-utérine et de la métrite sous l'influence du traitement endométritique.

Quant aux salpingo-ovarites, pour apprécier toute l'importance de cette question, il est nécessaire de tenir compte des faits suivants : certains chirurgiens étrangers, et même quelques-uns de mes collègues des hôpitaux, en présence de salpingo-ovarites, dédaignent tout traitement utérin et pratiquent sans hésiter l'extirpation des annexes malades. Cet état de choses est arrivé à un tel point qu'il a suscité des révoltes. A la Société de gynécologie de New-York, Emmet s'est révolté le premier contre cette multitude d'opérations. Henri Coe a dit très franchement qu'on ne devait pas considérer comme pathologiquement altérées toute les annexes qu'on extirpe, et, appuyé par Emmet, il conclut que dans peu d'années, on fera beaucoup moins de ces opérations radicales. Ce n'est pas les rejeter; il est clair qu'elles rendent des services incontestables et remettent sur pied des malades indéfiniment condamnées au lit ; elles persisteront, mais avec leurs indications bien déterminées.

Martin de Berlin, dont le livre vient d'être traduit, déclare qu'il ne pratique l'extirpation des annexes qu'après avoir épuisé tous les autres moyens. Moi-même, l'an dernier, vous m'avez souvent entendu dire en présence du nombre considérable de salpingo-ovarite que nous rencontrions : Faudra-t-il donc toutes les extirper ? Nous n'avons fait que 6 opérations de ce genre sur plus de 25 salpingo-ovarites. Toutes les salpingites médiocrement volumineuses, modérément douloureuses relèvent des indications du traitement antiseptique intra-utérin et diminuent d'autant les indications de l'extirpation.

Il faut savoir d'ailleurs qu'un certain nombre de salpingites peuvent guérir spontanément. Cette opinion est partagée par Doléris, par Monprofit. Nous avons pu, en suivant des malades pendant quelques mois, constater la diminution, et enfin la disparition totale des tumeurs salpingiennes.

Nous n'avons aucun moyen à l'heure qu'il est de dire quelles sont les salpingites qui peuvent ou ne peuvent pas guérir, il est donc absolument nécessaire avant toute autre tentative de faire l'expérience du traitement antiseptique de la métrite.

Je discute, Messieurs, un dernier point. La guérison dans ce cas est-elle définitive ? Mes recherches m'ont appris, il est vrai que dans certains cas la persistance de la salpingite pouvait entraîner la récidive de la métrite guérie, et j'avais conclu prématurément que tant qu'il persiste un foyer salpingien, la métrite est sujette à récidiver. Mais l'inverse est vrai aussi et il faut dire qu'un bon traitement de la métrite peut amener la guérison définitive de la salpingite. Monprofit admet ces faits. Doléris en même temps que moi a cherché à les démontrer à la Société de gynécologie.

Il me reste à présent à vous donner notre formule du traitement intra-utérin, ses points fondamentaux, à vous dire en un mot comment nous pratiquons le curettage de l'utérus.

L'année dernière, lorsque je vous parlais du traitement des métrites, je me gardais de vous donner ce procédé opératoire, il était en quelque sorte soumis encore à l'épreuve. Mais depuis, nous l'avons étudié, modifié, nous l'avons expérimenté dans nos salles pendant un an et demi sur plus de cent femmes, et c'est la méthode que je crois être la bonne que je vais vous exposer aujourd'hui.

Trois jours avant l'opération, on fera avec soin l'antisepsie vaginale superficielle ; il ne faut pas se contenter pour cela des injections que l'on fait faire aux malades dans les salles. Vous-mêmes ferez un nettoyage profond des culs-de-sac, du vagin avec des tampons d'ouate, et chaque fois, vous place-

... le vagin un tampon de gaze
... le lendemain pour faire un nou-
... bains sont nécessaires à l'hôpi-
... avec soin et les poils raccourcis
... auparavant, le rectum sera débar-

... par la dilatation du col utérin.
... comme essentiel a été contesté.
... distingué des hôpitaux, a fait faire à un
... réaux, une thèse dans laquelle la dila-
... comme d'une importance secondaire.
... conseille au contraire formellement. Elle
... d'assouplir la paroi interne, ce qui est un
... vieilles femmes atteintes de métrite chro-
... plus rigide ; ensuite elle assure un libre
... des utérins. Nous avons eu plusieurs
... server des accidents de véritable rétention
... fois que nous avons fait au col un large
... le doigt, je considère donc cette dilata
... d'une nécessité absolue. Nous faisons
... les tiges de laminaire conservées dans
... jours pour les petites, quinze jours
... préparation les assouplit sans les gon-
... moder leur courbure à celle du canal cer-
... antisepsie. Chaque jour, successivement
... nouvelle tige, deux ou trois en tout selon
... résistance du col. Vous ne négligez pas en
... au lavage vagino-utérin et d'appliquer
... iodoformée. La dernière tige retirée, et
... pratiquez le curettage.
... sur lequel j'insiste, c'est la nécessité de
... ...mique. J'ai tenté plusieurs fois de me
... Or, si la femme est irritable, vous
... une opération hâtive qui sera mal
... il faudra recommencer.
... le speculum, et j'emploie volontiers dans

ce cas le modèle construit par M. Colin sur mes indications, dont le principal avantage est de dilater à la fois le fond du vagin et son orifice dans des quantités proportionnelles. La présence d'une seule articulation latérale dégage les côtés et facilite le passage des instruments. Après un nouveau lavage vous injectez dans l'utérus une solution de créosote dans la glycérine à 10 pour 100, avec la seringue dite de Braune qui n'a de particulier que la longue sonde à bout olivaire terminant sa canule. Vous pourrez ensuite achever la dilatation en fixant la lèvre supérieure du col de l'utérus avec une pince de Museux à petites griffes et en introduisant à fond dans l'utérus quelques mandrins d'Hegar, jusqu'au numéro 15 ou 16. La dilatation est-elle par hasard imparfaite, vous pourrez la compléter aussi avec le dilatateur de Busch.

Le dilatateur de Sims, plus gros, porté par deux puissants manches de davier me paraît inférieur, car il n'est pas besoin d'employer une force aussi considérable. Nouveau lavage, et vous prenez en main la curette bien désinfectée. Messieurs, on a fait de grandes variétés de curettes, chaque chirurgien a la sienne. Certains modèles sont absolument détestables. Nous nous servons d'habitude de deux curettes, l'une est celle de Simon Volkman montée sur un long manche ; l'autre, à laquelle j'entends quelquefois donner le nom de curette de Sims, est en réalité très différente de celle dont ce chirurgien a publié le modèle en 1869. Le modèle dont je me sers, je l'ai fait exécuter il y a 14 ou 15 ans pour l'oreille : son tranchant n'est pas dirigé en bas comme dans l'instrument de Sims, il est taillé perpendiculairement au manche et agit comme une sorte de rateau, normalement à la surface utérine. L'instrument introduit doit être traîné méthodiquement de haut en bas pour toute la surface utérine. Vous passez ainsi successivement sur chacune des faces, puis sur les deux bords, et enfin sur la région des trompes et du fond.

La force à déployer dans cette manœuvre vous sera donnée par des sensations qui vous avertiront que le curettage est complet. D'une manière générale, il faut que l'on entende

un bruit de craquement résistant indiquant que vous grattez sur le muscle utérin. Rappelez-vous que vous avez à détruire non seulement l'épithélium, mais les glandes et ces formations vasculaires envahissant toute la muqueuse, lésions que vous trouverez bien décrites dans le récent mémoire de M. Cornil.

L'opération terminée, vous faites immédiatement un écouvillonnage de la cavité utérine avec un écouvillon neuf, passé à l'étuve, ne devant servir qu'une fois, et trempé au préalable dans la glycérine créosotée.

Par les mouvements de rotation imprimés à l'instrument, les petites parcelles de muqueuse qui ne sont pas tombées au curettage, sont détachées et entraînées. On fait ensuite une grande irrigation de la cavité utérine avec un appareil quelconque dilatant le col, la sonde de Segond par exemple, celle de Budin, ou plus simplement un tube de verre passé entre les branches d'un dilatateur de Busch, car la dilatation de l'orifice pour permettre le retour du liquide est la seule condition nécessaire. Lorsque l'utérus ne saigne plus, un tampon de gaze iodoformée est introduit dans le vagin et tout est terminé. Nous avons abandonné après les avoir expérimentés les badigeonnages intra-utérins à la teinture d'iode, au perchlorure de fer, l'introduction dans l'utérus d'une mèche de gaze iodoformée. Ces moyens n'ont aucun avantage, le perchlorure de fer fait des eschares, la tente aseptique se souille très rapidement. Toutes ces remarques sont le résultat d'une longue expérimentation. Nous nous bornons, je le répète, à un lavage intra-utérin très complet et très soigné. Les pansements sont renouvelés tous les deux jours. Au bout d'une dizaine de jours, la malade pourra se lever.

Lors du retour de ses premières règles, il sera bon de lui faire garder le lit (1).

(1) Les observations qui démontrent l'efficacité du traitement intra-utérin sur les complications inflammatoires péri-utérines, seront publiées dans les « [illegible] chirurgicales » de M. le professeur Trélat. Cet ouvrage paraîtra vers la fin de cette année.

SUR LES INFLAMMATIONS DES OVAIRES (OOPHORITES)

Par le professeur **Slaviansky** (1).

Avant d'aborder l'étude et l'analyse de toute une série de malades couchées dans les salles de notre clinique et atteintes de diverses formes d'état inflammatoire des ovaires, je crois indispensable de vous exposer l'état actuel de la question des *inflammations des ovaires* en général. Je m'en tiendrai dans cette étude principalement aux résultats de mes recherches et de mes observations personnelles. C'est là une question très importante; divers auteurs, qui s'en sont occupés, ont à cet égard des idées très variables; quelquefois même, ils sont en pleine contradiction dans leurs opinions sur la nature de la maladie, sur ses symptômes, et par conséquent sur son traitement.

Abordons avant tout les données anatomo-pathologiques, nous passerons ensuite à l'étiologie de la maladie, à l'étude de ses symptômes, de sa marche et des terminaisons différentes dont elle est susceptible. Nous analyserons après les renseignements que nous fournit l'exploration objective faite au lit de la malade, puis nous établirons le diagnostic et le pronostic qui en découlent et finalement, le traitement de la maladie.

Anatomie pathologique.

L'ovaire, composé, comme tout organe glandulaire, d'un parenchyme et d'un tissu interstitiel conjonctif, peut présenter des lésions inflammatoires strictement localisées à l'une ou à l'autre de ces parties constituantes.

Le parenchyme de l'ovaire, l'épithélium des tubes de Valentin Pflüger, du follicule primordial, de la membrane

(1) Leçon faite à l'Académie impériale de médecine de St-Pétersbourg (27 septembre 1889).

granuleuse, le cumulus proligère, l'œuf et l'épithélium germinatif peuvent être envahis par des processus dégénératifs, sans que le tissu interstitiel y soit altéré; ou, s'il est altéré, il n'est atteint que secondairement.

Dans un autre ordre de faits le stroma conjonctif est atteint primitivement, et le parenchyme n'est envahi que secondairement.

Par conséquent, au point de vue anatomo-pathologique, nous devons distinguer deux formes principales d'ovarites : L'*oophorite parenchymateuse*, et l'*oophorite interstitielle* (1); mais en même temps nous devons admettre l'existence d'une troisième forme, *mixte*, où le processus inflammatoire envahit primitivement les deux parties composantes, le parenchyme et le stroma conjonctif; c'est cette forme que l'on observe le plus souvent, comme nous allons le voir, dans les inflammations en îlots, se localisant dans les follicules et envahissant en même temps le parenchyme et la paroi conjonctive du follicule (*oophorites folliculaires*); dans ces cas, le processus débute dans la couche granuleuse de la paroi du follicule très riche en vaisseaux.

INFLAMMATION PARENCHYMATEUSE DE L'OVAIRE. — OOPHORITE PARENCHYMATEUSE. — Au cas d'inflammation légère, l'ovaire, si on l'examine à l'œil nu, ne présente aucun changement bien marqué. Il n'augmente pas de volume, n'est que légèrement hyperhémié et peut être considéré comme étant relativement normal. Si l'inflammation est plus intense, l'ovaire augmente de volume à cause d'une forte hyperhémie de son tissu, qu'on constate encore sur des ovaires depuis longtemps retirés du cadavre. L'hyperhémie est surtout marquée au pourtour des vésicules de Graaf et des follicules dans leurs différents stades de développement; les vaisseaux de la couche périfolliculaire ont l'air d'être injectés artificiellement; quelquefois, l'hyperhémie est si intense que

(1) SLAVIANSKY. Entzündung der Eierstöcke. *Archiv für Gynaek.*, 1872, III, p. 183.

toute la couche granuleuse, entourant le follicule, présente une teinte rouge foncé et simule une extravasation sanguine dans le parenchyme.

Le liquide contenu dans les follicules relativement gros, est quelquefois opaque, d'une couleur passant au jaune, et rappelle du pus liquide. La surface de l'ovaire, sauf une hyperhémie plus ou moins prononcée, quelquefois circonscrite et limitée aux parois des follicules, ne présente pas d'autres altérations.

Quand l'inflammation est plus intense, quand le processus a déjà envahi les vésicules de Graaf, on constate, à l'œil nu, sur la surface de l'ovaire, dans les points qui correspondent à la paroi de ces vésicules, des flocons fibrineux s'enlevant facilement au moyen d'un couteau.

L'examen microscopique nous démontre que, dans les cas relativement légers, c'est le follicule primordial de la couche corticale qui est atteint exclusivement. Lorsque le processus est plus intense, l'inflammation atteint les follicules déjà développés et les vésicules de Graaf (1), les éléments épithéliaux du follicule primordial et des vésicules de Graaf. Il se produit des altérations propres à tout processus inflammatoire aigu, ayant envahi un parenchyme et aboutissant à la formation d'un détritus finement granuleux. L'œuf résiste assez longtemps à ce processus, la zone pellucide peut être encore très longtemps distinguée au milieu du magma granuleux contenu dans la cavité du follicule altéré. Dans le follicule, le liquide folliculaire apparaît à l'œil nu, mêlé au détritus, trouble, ressemblant à du pus, tandis que nous savons que les vraies collections purulentes, en cas d'ovarite parenchymateuse, ne se forment jamais, ou du moins, en ce qui me concerne, je n'en ai jamais rencontré dans ces conditions.

Si le processus suit sa marche progressive, en cas d'in-

(1) SLAVIANSKY. *Contribution à l'étude de l'anatomie normale et pathologique de la vésicule de Graaf.* Dissert. inaug., 1870, St-Pétersbourg.

flammation intense, il se propage au stroma interstitiel de l'ovaire, au tissu conjonctif qui environne les follicules. La couche périfolliculaire, formée de tissu conjonctif jeune, granuleux, ayant beaucoup de rapport avec le tissu des glandes lymphatiques, est très hyperhémiée, infiltrée de globules blancs, très épaissie, et peut être, si l'on pratique une incision au niveau du follicule, très facilement isolée sous forme de coque du follicule lui-même.

Les nombreux extravasats sanguins qu'on rencontre dans le tissu interstitiel, lui donnent l'aspect d'un caillot sanguin, et ce n'est qu'après un examen microscopique patient et soigné, qu'on parvient à reconnaître qu'il s'agit, non d'une apoplexie, mais d'un processus inflammatoire, que le sang n'est pas libre dans la cavité du follicule, mais se trouve dans le tissu formant sa paroi. En général, un extravasat sanguin ne se rencontre pas, aussi fréquemment qu'on le soutient, dans la cavité du follicule : les cas indiscutables, où un caillot sanguin remplissait la cavité, sont relativement très rares, et ne se rencontrent que sur des sujets morts du scorbut, après des brûlures très étendues, ayant succombé à des lésions cardiaques, etc., etc. ; nous connaissons beaucoup d'observations, où l'apoplexie folliculaire soi-disant constatée, ne devait être autre chose qu'un extravasat sanguin dans le tissu de la paroi ; c'est d'autant plus probable que, dans toutes ces observations, il manque généralement une analyse bien précise de la lésion.

Les follicules affectés en cas d'inflammation parenchymateuse, ne se régénèrent plus, ils périssent (1). Le follicule primordial, ayant subi ce processus régressif, ne laisse aucune trace de son existence ; les follicules d'un volume plus considérable, vus à l'œil nu laissent des traces analogues à celles qu'on rencontre à la suite de l'atrésie physiologique des follicules. La lésion, dans l'ovarite parenchymateuse, se déve-

(1) SLAVIANSKY. Recherches sur la régression des follicules de Graaf chez la femme. *Arch. de Physiol.*, 1879, p. 88.

loppe généralement très vite, et la marche de la maladie a un caractère très aigu.

INFLAMMATION INTERSTITIELLE DE L'OVAIRE. — L'oophorite interstitielle se présente surtout quand il s'agit de cas aigus, sous deux formes ; si l'inflammation se généralise à tout le stroma de l'ovaire, nous avons affaire à l'oophorite interstitielle diffuse, si elle se limite aux parois conjonctives des follicules, il s'agit d'une oophorite circonscrite ou folliculaire des auteurs. L'inflammation généralisée présente une marche très aiguë et débute au cours des infections septiques. Les ovaires sont dans ces cas doublés, ou même triplés de volume ; leur tissu est tuméfié, flasque, les vaisseaux sont gorgés de sang et, sur la surface de l'organe, on constate une couche d'un amas fibrineux. A la coupe les ovaires paraissent œdématiés, infiltrés d'un liquide séreux trouble (oophorite séreuse) ; quelquefois ce liquide mêlé à du sang présente une teinte d'un rouge foncé plus ou moins intense, on constate alors beaucoup d'extravasats sanguins (*oophorite hémorrhagique*).

Poussant plus loin nos investigations, nous pouvons constater sur la surface de la section, un amas de globules de pus, formant des traînées, ou de petits foyers jaunes (*oophorites suppuratives*).

En cas d'inflammation d'origine septique, quand les lésions sont bien marquées, le tissu de l'ovaire envahi est flasque, lâche, s'écrase facilement entre les doigts ; le liquide, recueilli en raclant la surface de section avec un couteau, a un aspect ichoreux (*oophorite nécrotique*).

Dans tous les cas d'oophorite interstitielle aiguë généralisée, le caractère infectieux, septique peut être démontré par l'examen microscopique du liquide, imbibant le tissu de l'ovaire ; en effet, cet examen démontre l'existence, au milieu des éléments figurés du sang et du pus, de colonies de micro-organismes, caractérisant la nature de l'infection.

Suivant l'intensité du processus inflammatoire et de son

degré de généralisation, le parenchyme de l'ovaire présentera des altérations secondaires, plus ou moins prononcées. Dans les formes légères l'inflammation du tissu interstitiel, peut ne pas retentir sur l'épithélium des follicules ; au milieu du tissu conjonctif enflammé, plus ou moins infiltré d'éléments embryonnaires on pourra constater des follicules complètement indemnes de toutes lésions.

Dans les oophorites interstitielles, d'une intensité plus marquée, les follicules à tous les degrés du développement, s'altèrent secondairement. Le processus débute généralement par les plus gros ; les vésicules de de Graaf présentent une hyperhémie très intense de leur paroi conjonctive et un détritus finement granuleux de l'épithélium de leur membrane granuleuse ; la cavité des vésicules contient une quantité plus ou moins considérable de globules de pus ; on constate du pus dans les vaisseaux lymphatiques de la couche médullaire et du hile ovarien ; par place ces abcès miliaires se confondent et donnent lieu à la formation de collections purulentes, atteignant quelquefois la grosseur d'une noix. L'oophorite interstitielle en foyer, déjà mentionnée (l'*oophorite folliculaire des auteurs*), doit être rangée parmi les inflammations d'une intensité moindre que la précédente.

A l'état physiologique, la fonction de l'ovaire ne se localise que dans certains endroits de l'organe ; ce n'est qu'un certain nombre de follicules, nombre très limité, qui arrivent à leur dernier degré de développement et à l'éclosion, D'une manière toute analogue, dans des conditions pathologiques, le processus inflammatoire en foyer se localise principalement au pourtour de quelques follicules. Dans les oophorites interstitielles circonscrites, périfolliculaires, quand l'inflammation débute, primitivement dans l'organe sous l'influence de causes variables, le processus se localise justement dans les régions où la fonction physiologique est à son maximum d'intensité ; à la limite du parenchyme en état de développement, dans la couche granuleuse périfolli-

culaire ; ce n'est qu'ultérieurement que le processus inflammatoire devientdiffus et se propage suivant le degré de son intensité ou vers la cavité du follicule, ou sur le stroma environnant.

Les inflammations périfolliculaires peuvent être secondaires, la maladie ayant débuté dans le parenchyme, ou n'être qu'un épiphénomène d'une oophorite interstitielle. Les lésions anatomiques de la couche périfolliculaire, se présentent sous des aspects bien différents suivant l'intensité du processus :

Depuis des lésions à peine marquées, jusqu'à la pleine destruction du tissu périfolliculaire, comme cela se rencontre par exemple dans les formes d'oophorites hémorrhagiques et dégénératives. La limite entre l'hyperhémie physiologique et l'hyperhémie pathologique de la couche périfolliculaire est aussi difficile à tracer que dans toute autre région des organes génitaux de la femme (la muqueuse de la cavité utérine) la migration des globules blancs du sang, qui accompagne chaque hyperhémie, peut présenter aussi dans les limites physiologiques, des variations d'intensité très considérables ; par conséquent, très souvent, nous ne pouvons avoir aucune donnée anatomique suffisante, pour deviner un état inflammatoire de la couche périfolliculaire déjà bien établi; ce n'est que l'exagération de la fonction physiologique de l'organe, qui pourra nous indiquer le début d'un processus inflammatoire. Si une hyperhémie de l'ovaire, due à quelques circonstances défavorables survient, elle ne se localise pas comme cela se voit dans les conditions physiologiques, pendant la période menstruelle, au pourtour d'un seul, ou bien de deux ou trois follicules, mais elle se généralise, et les vaisseaux au pourtour d'un grand nombre de follicules, seront gorgés de sang. Il en résultera un développement plus actif des follicules, une sécrétion plus abondante du liquide par les cellules de la membrane granuleuse (*oophorite folliculaire productive*).

Quand l'irritation est forte, l'hyperhémie se généralise dans

toute la couche parenchymateuse; on constate alors une transformation abondante des follicules primordiaux, en follicules en état de maturité, tout l'ovaire se remplit de cavités de dimensions variables, quelques-unes à peine visibles à l'œil nu, d'autres atteignent la grandeur d'une vésicule de Graaf. Ce processus était depuis longtemps connu sous le nom de *dégénérescence kystique*, mais des recherches microscopique plus minutieuses nous démontrent qu'il s'agit simplement d'un développement plus actif et plus généralisé des follicules sans que leur structure diffère en quoi que ce soit des follicules à l'état normal. Il est démontré que ce n'est donc qu'un état d'hyperactivité de l'organe, état caractérisant tout travail inflammatoire dans ses formes légères.

La sécrétion plus active se faisant dans ces cas dans les follicules peut être comparée à celle qui se produit dans tout état catarrhal d'autres muqueuses et Virchow (1) a depuis longtemps désigné ce processus sous le nom de « catarrhe de la vésicule de Graaf » (Catarrh des Graafschen Bläschens). La transformation en kyste de ces follicules, qui peuvent être considérés comme étant complètement normaux, mais dont le nombre est seulement accru ne se constate jamais, comme le prouvent les recherches de Nagel (2), les follicules ayant atteint un certain degré de développement subissent une transformation régressive très analogue à celle qui se passe à l'état normal, comme conséquence du fonctionnement physiologique de l'ovaire.

Nous pouvons donc considérer le processus pathologique de l'ovaire, caractérisé dans sa période aiguë, par une hyperhémie intense et l'apparition dans la couche périfolliculaire, d'un nombre considérable de cellules embryonnaires, comme l'une des variétés très fréquentes d'inflammation de cet organe. Cet état, amenant une croissance active d'un grand nombre de follicules, était depuis longtemps connu par les

(1) *Krankhaften Geschwülste*, t. I, p. 260.
(2) *Arch. f. Gyn.*, XXXI, 1887, p. 327.

auteurs, et désigné sous le nom de dégénérescence kystique (*Kleincystische Degeneration* des auteurs allemands). En cas d'irritation plus forte, l'hyperhémie des follicules de la couche périfolliculaire est beaucoup plus accusée ; il se forme des extravasats sanguins et le sang épanché, détruit le tissu friable et délicat de cette couche ; dans ces conditions la restitution *ad integrum* devient impossible, et les follicules périssent, donnant lieu à la formation d'un détritus finement granuleux, et à l'atrésie de leur cavité.

Pendant ce travail régressif, on constate très fréquemment, un épaississement de la couche périfolliculaire, dû à la croissance active de ses éléments cellulaires. Le nombre et le volume des cellules augmentent, leur protoplasme devient granuleux, prend une teinte jaunâtre ; nous avons par conséquent devant nous, des éléments cellulaires caractérisant le corps jaune, la présence des restes de l'extravasat sanguin, des cristaux hématiques, complétant la ressemblance.

De tous les éléments cellulaires, contenus dans la cavité du follicule et subissant la transformation régressive, on retrouve, le plus longtemps au milieu du détritus, les traces de l'œuf ; au début du travail, ce dernier paraît être rempli d'un nombre plus ou moins considérable de cellules de la membrane granuleuse, qui l'entoure à l'état normal. L'examen d'un certain nombre de préparations paraît indiquer, que ces cellules émigrent dans la cavité de l'œuf, à travers les pores de la zone pellucide (1).

En examinant les préparations faites sur des pièces où le travail régressif dure depuis un certain temps, on constate, que la zone pellucide de l'œuf se conserve encore assez longtemps, et qu'elle présente l'aspect d'un corps plissé, très réfringent avec des contours très nets. La présence de cette zone pellucide ainsi rétractée, indique généralement qu'il s'agit là, non d'un corps jaune, d'une vésicule de Graaf, rom-

(1) PETIT PIERRE. Ueber des Eindringen von Granulosazellen durch die zona pellucide Von Menschlichen Eiern, etc. *Arch. f. Gyn.*, t. XXXV, 1889 p. 483.

pue, mais d'une formation due à un travail inflammatoire, qui a pour siège la couche perifolliculaire des follicules. Sur beaucoup d'ovaires, on constate des formations analogues ; l'organe, comparativement à l'état normal, est doublé de volume, sa surface de section est parsemée de ces formations, simulant des corps jaunes dans leurs différentes périodes de développement régressif. Quelques-uns de ces corps présentent des cavités remplies d'une masse jaunâtre, très épaisse, ressemblant à du smegma (1) et ne sont que des follicules altérés par un travail inflammatoire, et présentant des traces d'une hémorrhagie produite dans leur cavité.

La croissance, due à l'irritation inflammatoire de la couche périfolliculaire et l'hypertrophie de ses cellules, présentent une analogie complète avec ce qui se passe pendant le développement des corps jaunes en dehors de la grossesse, sous l'influence d'une nutrition trop active, par exemple en cas d'un fibromyôme utérin (2), et chez des petites filles, dans les premières années de leur existence, sous l'influence de conditions encore mal connues (3).

Un processus inflammatoire plus intense, provoqué par quelque agent infectieux, peut amener une suppuration plus ou moins étendue dans la paroi du follicule avec formation d'une collection purulente dans sa cavité. Dalché a trouvé des petits abcès dans quelques follicules, ayant atteint un certain degré de développement, et à côté d'autres, qui présentaient des lésions caractérisant la forme hémorrhagique, déjà décrite.

Le résultat de ces processus, serait l'atrésie des follicules envahis, et la formation d'une cicatrice ; ce travail régressif dans la couche périfolliculaire peut se poser de deux manières toutes différentes : à mesure que les éléments cellulaires

(1) DALCHÉ. *De l'ovarite*. Paris, 1883, p. 10.

(2) POPOFF. *Contribution à l'étude des corps jaunes*, 1881, Th., St-Pétersbourg.

(3) LEBEDINSKY. *Contribution à l'étude de la vésicule de Graaf*. Th., 1879.

subissent la dégénérescence granulo-graisseuse et forment un détritus finement granuleux, le follicule lui-même se rétracte et sa couche périfolliculaire forme, sur sa face interne, de nombreux plis. Il se forme une cicatrice d'un aspect très caractéristique, décrite dans ma thèse de doctorat (1870).

Les éléments cellulaires de la couche périfolliculaire subissent une dégénérescence graisseuse et à la place du follicule préexistant, on peut encore constater longtemps les traces de sa structure caractéristique, composée de fibres et d'un détritus finement granuleux. A la longue, cette structure et les fibres qui la composent disparaîtront, et l'endroit du follicule préexistant, ne pourra plus être reconnu.

Le tableau est tout différent, s'il s'agit d'un travail inflammatoire de longue durée, par exemple dans quelques formes aseptiques d'inflammation ; le processus aboutissant à l'atrésie a une marche lente, les cellules de la couche périfolliculaire, n'augmentent pas de volume, comme nous l'avons vu dans la forme précédente ; les cellules jaunes se rencontrent très rarement ; la substance intercellulaire, ayant généralement un aspect homogène, devient fibrillaire, quelques fibres, celles qui sont disposées plus près de la face interne, s'épaississent considérablement, deviennent fortement réfringentes et, en se confondant l'une avec l'autre, forment une couche réfringente, autour de la cavité rétractée du follicule (*sclérose de la paroi*, Th. de Slaviansky).

La sclérose de la paroi du follicule atrésié peut-être si prononcée, qu'en examinant la surface de section d'un ovaire à l'œil nu, le follicule altéré peut être pris pour un petit corps fibroïde (corpora fibrosa auctorum) ne dépassant pas en général la grosseur d'un petit pois (1).

Ces petits corps fibreux se développent dans la paroi du follicule atrésié, peuvent comme ce dernier lui-même présenter dans leur centre une cavité remplie des restes d'une extravasation sanguine. La présence des corps fibroïdes dans

(1) F. Patenko. *Sur le développement des corps fibroïdes de l'ovaire*. Th., 1880, St-Pétersbourg.

l'ovaire était depuis longtemps envisagée comme le résultat d'un travail inflammatoire chronique (1).

L'arrêt de développement que ces corps fibroïdes subissent, une fois qu'ils ont atteint un certain volume prouve encore une fois leur nature inflammatoire.

Le résultat ultime de toute inflammation interstitielle dans l'ovaire, sera une production exagérée de tissu conjonctif. Le travail inflammatoire localisé et quelquefois même, quand il est diffus, donne lieu, grâce à la faculté régénératrice du stroma de l'ovaire, à la production d'un tissu très analogue au tissu préexistant ; dans ces conditions, il n'y a pas de cicatrices, sauf les cas où le travail inflammatoire aboutirait à la formation des corps fibreux (2).

Les inflammations septiques, infectieuses, donnant lieu à la formation du pus et à de vastes destructions dans le tissu de l'ovaire, aboutissent inévitablement à la formation d'un tissu cicatriciel très dense, bien apparent au milieu du stroma de l'ovaire. Cette cicatrice se rétracte à la longue et amène la diminution du volume de l'ovaire (*cirrhose de l'ovaire*).

Dans la première catégorie des faits, l'ovaire, comme nous l'avons vu, est au contraire augmenté de volume. Grâce à cette augmentation, on a très souvent considéré ce processus comme une hypertrophie interstitielle de l'organe vu la fréquence relative des processus inflammatoires localisés, on constate plus souvent la transformation des parties les plus extérieures de la couche corticale en tissu conjonctif, présentant les caractères du stroma avec disparition des follicules (épaississement de l'albuginée des auteurs).

On constate très souvent, en cas d'inflammation chronique interstitielle de l'ovaire l'altération des vaisseaux sanguins du stroma ovarien, surtout des lésions de périartérite sur des artères d'un certain calibre. Au début du processus inflammatoire la tunique adventice s'infiltre d'éléments glo-

(1) VIRCHOW. *Krankh. Geschwulste.*

(2) ZIEGLER. *Lehrbuch der allgem. und spezial. pathol. Anatomie*, 1882, p. 1045.

bulo-cellulaires, et, à la longue, ces éléments jeunes se transforment en tissu fibreux. Parfois la tunique adventice s'épaissit d'une manière très analogue à ce qu'on rencontre dans l'utérus dans les cas de métrite chronique, l'adventice subit la dégénérescence mucoïde.

Nous devons ranger dans la même catégorie de faits les lésions d'endoartérite oblitérante, que nous avons très souvent rencontrées dans les cas d'oophorite chronique et qui a été décrite par S. Koliogo (1), comme des altérations accompagnant les affections syphilitiques de l'ovaire.

Plusieurs auteurs ont décrit la dégénérescence hyaline des parois artérielles (2) amenant quelquefois l'oblitération de leur lumière (*thrombus hyalin* de Rokitansky).

L'inflammation de l'ovaire se généralise très fréquemment, comme nous l'avons déjà vu, sur leur surface externe et provoque la formation des adhérences de l'ovaire avec les parties avoisinantes. Dans ces cas de propagation des inflammations aseptiques sur la surface de l'organe, les adhérences qui se forment avec le péritoine de la cavité de Douglas, du ligament large, et quelquefois avec l'intestin, se présentent généralement sous la forme de pseudo-membranes très ténues, se déchirant facilement, ne contenant pas de vaisseaux, d'un calibre plus ou moins marqué.

A la longue ces pseudo-membranes s'atrophient et sous l'influence des mouvements des organes du petit bassin, se déchirent très facilement. Ces pseudo-membranes auront un tout autre aspect quand la péri-oophorite sera la conséquence d'une périmétrite latérale due à un processus infectieux, ayant débuté dans la trompe, ou dans l'ovaire lui-même, comme cela se voit, par exemple (dans le cas d'infection blennorrhagique ou septique ; la formation des membranes dans ces cas est très active, elles enveloppent l'o-

---

(1) KOLIOGO. *Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des ovaires.* Th. de St-Pétersbourg, 1882.

(2) NAGEL. *Loc cit.*, p. 853.

vaire et le pavillon de la trompe, il est bien difficile alors d'isoler l'organe de cette coque fibrineuse.

Étiologie.

L'inflammation des ovaires est une des affections les plus fréquentes des organes génitaux de la femme. Elle peut affecter l'ovaire primitivement ou secondairement, au cours d'affections générales ou comme épiphénomène d'un processus inflammatoire diffus des organes génitaux internes. Le plus souvent l'inflammation se développe secondairement. Presque toutes les maladies infectieuses provoquent des processus inflammatoires dégénératifs dans le parenchyme de l'ovaire. L'ovarite parenchymateuse a été constatée sur les cadavres de sujets morts des suites de la fièvre typhoïde, du typhus exanthématique, de la fièvre récurrente, du choléra, de la scarlatine (1) et de quelques formes d'infections septiques. Ivanovsky a trouvé l'oophorite parenchymateuse dans le cas de processus syphilitique. L'intoxication par quelques poisons provoque aussi des inflammations aiguës du parenchyme ovarien. Ces oophorites parenchymateuses, par intoxication, ont été constatées dans les cas d'empoisonnement par le phosphore, l'arsenic, le mercure, l'acide cyanhydrique et la morphine. L'ovarite parenchymateuse peut se développer, au cours d'une péri-oophorite septique, de même le parenchyme peut s'enflammer au cours d'une inflammation interstitielle diffuse.

L'oophorite interstitielle diffuse ne se rencontre que dans la période post-puerpérale. Les formes graves, telles que l'oophorite nécrotique et l'oophorite suppurative, s'observent exclusivement dans le cas d'infection septique, après un accouchement ou un avortement; dans ces conditions, elles ne sont qu'une des localisations d'un processus généralisé sur tous les organes génitaux internes. En dehors des formes

(1) Lebedinsky. *Journal de méd. milit.*, 1877. — Vasilieff. De la Diphtérie. *Journal du prof. Roudneff*, t. VIII. — Koliaga. *Loc. cit.*

inflammatoires interstitielles diffuses, on constate quelquefois des processus localisés seulement au pourtour de quelques follicules plus développés (oophorite interstitielle circonscrite); cette forme d'oophorite interstitielle peut se développer aussi sous l'influence de l'infection blennorrhagique en dehors de l'état puerpéral.

La généralisation de l'inflammation blennorrhagique de la muqueuse utérine par les trompes sur les ovaires est un fait qui n'est pas du tout rare. Jadis, d'une manière toute analogue, se faisait la généralisation sur l'ovaire des inflammations septiques de la matrice et des trompes, provoquées par des manœuvres intra-utérines, faites sans précautions antiseptiques suffisantes (l'introduction d'une sonde, la dilatation du col, etc., etc.).

A titre de fait très rare, mais qu'il est nécessaire de mentionner, il faut citer encore les oophorites interstitielles diffuses se développant dans les mêmes conditions, mais seulement au cas d'infection d'une grande intensité.

Les péritonites du petit bassin, localisées, d'origine septique, se généralisant sur la surface externe de l'ovaire, peuvent aussi, à leur tour, donner lieu à la formation des oophorites interstitielles localisées. La source primitive de ces périovarites peut se trouver dans toutes sortes d'affections, occupant le canal génital (cancer du col) ou les organes voisins (rectum).

L'inflammation primitive de l'ovaire a toujours les caractères d'un processus de nature aseptique; elle est généralement localisée et très limitée. Elle peut se développer à la suite d'une hyperhémie de longue durée de la couche périfolliculaire.

Dans l'étiologie de ces ovarites, nous devons ranger toutes sortes d'influences nocives agissant pendant la période menstruelle; le refroidissement subit des pieds, ou d'une surface plus grande du corps, la fatigue musculaire (la danse), les occupations assidues et par trop prolongées à l'école. Les relations sexuelles irrégulières, amenant une

hyperhémie des ovaires très tenace sont des moments étiologiques qui se rencontrent très fréquemment dans les antécédents des malades atteintes d'ovarite. Nous pouvons ranger parmi les causes de ce genre : le coitus reservatus, l'onanisme, l'impotence incomplète du mari. Les excès sexuels peuvent être aussi la cause d'inflammation aseptique de l'ovaire, cause qu'on rencontre assez souvent chez les jeunes mariées dans les premiers mois du mariage et après les coitus sub-menstruatione.

L'hyperhémie des organes du petit bassin, débutant sous l'influence de causes psychiques peut aussi donner lieu à des inflammations de l'ovaire. Le travail prolongé des deux jambes, pour faire marcher la machine à coudre, provoquant une irritation très forte des organes génitaux externes et un état érotique, peuvent, comme l'a observé Gallard, donner lieu, en présence d'autres causes prédisposantes, à des inflammations des ovaires. Les auteurs américains invoquent, comme cause des oophorites chez des jeunes filles, la position assise par trop prolongée, jointe à un état d'excitation nerveuse, pendant les occupations trop assidues du piano. L'hyperhémie passive des ovaires, qui s'établit dans le cas de positions vicieuses de l'utérus (rétroflexion), de torsion incomplète du mésoovarium, également chez les cardiaques, chez les malades atteintes d'affections chroniques du poumon, et d'autres organes donnant lieu à de vastes hypostases, cette hyperhémie peut aussi être le point de départ des oophorites aseptiques. L'oophorite peut être la conséquence d'un traumatisme grave, ayant provoqué une périmétrite ou une périoophorite aseptique (1).

L'observation au lit de la malade nous fait admettre, sans les classer, sous une forme anatomique bien précise, les oophorites liées au rhumatisme, aux oreillons et à quelques formes d'angine.

---

(1) Lawson Tait. *Diseases of the ovaries.* New-York, 1883, p. 97.

La relation qui existe entre les inflammations de la glande parotide et du testicule chez l'homme, ne peut être encore bien démontrée pour l'ovaire. Quelques observations toutes nouvelles démontrent bien pourtant, qu'il y a un certain lien étiologique entre les processus inflammatoires de ces deux glandes. Les parotidites secondaires se développent très fréquemment après diverses affections de l'ovaire ; j'ai relaté moi-même un cas de mon observation, où, après un abcès de l'ovaire qui s'ouvrit dans la vessie (1), se développa une parotidite avec nécrose, terminée par la mort.

M. Duncan (2), invoque l'alcoolisme comme une des causes d'oophorite. L'oophorite tuberculeuse est généralement secondaire et se développe chez les phtisiques, où elle est le résultat de l'extension d'une salpingite tuberculeuse.

(A suivre.)

REMARQUES CLINIQUES ET OPÉRATOIRES SUR UNE SÉRIE DE TRENTE LAPAROTOMIES (3)

Par MM. **Pozzi**, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal, **De Lostalot-Bachoué** et **Baudron**, internes des hôpitaux.

E. — PYOSALPINX

OBS. I (RÉSUMÉE). — *Pyosalpinx double.* — *Laparotomie.* — *Guérison.* — La nommée Hélène Chat..., âgée de 21 ans, lit n° 17.

Réglée à 16 ans toujours régulièrement mais avec douleurs Blennorrhagie en 1887. Syphilis en 1888. Nouvelle blennorrhagie en juin 1888. Depuis cette époque, douleurs abdominables vives surtout au moment des règles. Leucorrhée abondante. Mictions douloureuses. La malade a maigri. Léger mouvement fébrile tous les soirs.

Diagnostic. Endométrite, double pyosalpinx blennorrhagique.

Laparotomie le 20 mai 1889 par M. Pozzi assisté de MM. de Lostalot et Baudron, internes du service. Ablation des annexes

---

(1) *Arch. f. Gyn.*, III, p. 192.

(2) M. DUNCAN. *Diseases of women*. London, 1883, p. 200.

(3) Voir les *Annales de Gynécologie*, Avril 1890.

transformées en un petit sac de pus adhérent des deux côtés. — Pas de lavage, ni drainage. Durée de l'opération 30 minutes.

Réunion par première intention, quinze jours après la laparotomie curettage du l'utérus. La malade sort complètement guérie le 23 juin 1889.

Obs. II (résumée). — *Pyosalpinx double. — Laparotomie. — Guérison.* — La nommée D..., Marie, 19 ans, couchée lit n° 4. Réglée à 13 ans toujours normalement, grossesse à 17 ans ; accouchement à terme. Il y a 3 mois 1/2, vaginite blennorrhagique. Presque aussitôt, douleurs vives dans tout l'hypogastre s'irradiant sur les cuisses et les reins, s'exaspérant par la fatigue et les règles. En même temps, fièvre, nausées, constipation ; amaigrissement considérable.

Diagnostic : Pyosalpinx double.

Laparotomie le 15 juin 1889 par M. Pozzi assisté de MM. Baudron et de Lostalot, internes. Incision de 4 centimètres. Ablation des annexes suppurées, du volume d'un œuf de poule, des deux côtés. Ni lavage péritonéal, ni drainage. Durée de l'opération 25 minutes. Aucune réaction fébrile, réunion par première intention. Curettage de l'utérus 15 jours après la laparotomie. La malade quitte l'hôpital guérie le 18 juillet.

Obs III (résumée). — *Pyosalpinx double. — Laparotomie. — Guérison.* — Mme Bers..., âgée de 34 ans a été réglée à 14 ans, mariée à 18 ans, pas d'enfants. Douleurs abdominales depuis l'âge de 20 ans. Leucorrhée abondante jamais de métrorrhagie.

A 29 ans premier curettage fait à Buenos-Ayres ; puis pendant trois ans, deux fois par semaine, cautérisations du col. Durant cette période la malade eut six poussées de pelvi-péritonite.

M. Pozzi fait le 15 juin un curettage utérin qui amène un soulagement notable et supprime la leucorrhée ; mais les douleurs au bout de quatre mois réapparaissent aussi vives.

Laparotomie le 17 octobre 1889 par M. Pozzi assisté de MM. Laffitte et Baudron internes du service. Incision de 6 cent. Résection de 10 cent. carrés d'épiploon adhérent à l'intestin et au pubis et que le décollement a dilacéré. Ablation des annexes des deux côtés. Les deux trompes sont suppurées, transformées en kystes. Mais le pus qu'elles contiennent est séreux, opalescent, et les poches tubaires, de la grosseur du pouce, sont à parois très minces ; lésions évidemment anciennes. En pressant la trompe droite, on fait écouler par la

surface de section une cuillerée environ d'un liquide séro-purulent. La trompe gauche est très adhérente. Ni lavage ni drainage. Durée de l'opération 30 minutes. Aucune réaction fébrile. Réunion par première intention. La malade est complètement rétablie un mois après l'opération. Elle part pour son pays ne souffrant plus.

Obs. IV (résumée). — *Pyosalpinx double. — Laparotomie. — Guérison.* — La nommée Victorine R..., blanchisseuse, âgée de 25 ans, salle Pascal A, lit nº 9. Réglée à 14 ans, toujours normalement. Première grossesse à 21 ans. Deuxième à 23 ans. Il y 15 mois fausse couche de 2 mois. Depuis cette époque douleurs dans le bas-ventre et leucorrhée abondante.

Le 11 juin 1889 M. Pozzi lui fait un curettage utérin et l'amputation du col par le procédé de Schrœder; elle quitte l'hôpital le 1er juillet fort améliorée et reprend son travail. Elle rentre de nouveau le 16 juillet avec des douleurs extrêmement violentes surtout accusées du côté gauche.

Diognostic. Pyosalpinx double.

Laparotomie le 5 août 1889 par M. Pozzi assisté de MM. Laffite et Baudron, internes du service.

Incision de 5 cent. Ablation des annexes des deux côtés. Les deux trompes sont suppurées, kystiques, elles dépassent le volume du pouce. Ni lavage ni drainage. Durée de l'opération 25 minutes. Suites opératoires très simples. Pas de fièvre, réunion par première intention.

La malade quitte l'hôpital le 18 août complètement guérie.

Elle a été revue récemment et se porte à merveille.

Obs. V (résumée). — *Pyosalpinx double. — Laparotomie. — Mort.* — La nommé For., Marie, porteuse de pain, entre à l'hôpital Pascal le 2 juin 1889 et est couchée au lit nº 12. Réglée à 18 ans, toujours régulièrement. Mariée à 22 ans. Grossesse à 23 ans. Accouchement à terme.

Le 15 mai, à la fin de ses règles, la malade a été mouillée et refroidie dans la matinée. Le soir même, douleurs abdominales vives. fièvre violente, vomissements, ventre météorisé et douloureux. Elle garde chez elle le lit pendant 8 jours, puis entre dans le service de M. Pozzi qui diagnostiqne un double pyosalpinx.

Laparotomie le 6 juin 1889 par M. Pozzi assisté de MM. de Lostalot et Laffitte, internes du service. Incision de 6 cent. La trompe droite

du volume d'une orange est décortiquée, ponctionnée (elle contient un demi-verre de pus) puis enlevée. La trompe gauche se rompt pendant les manœuvres de décortication et le pus qu'elle contient s'épanche dans le péritoine. Une fois qu'elle est enlevée M. Pozzi fait la toilette du péritoine très soigneusement à l'aide de compresses éponges et referme le ventre.

L'opération a duré 40 minutes. Mort par péritonite au matin du 4e jour.

Obs. VI (résumée). — *Pyosalpinx droit. — Salpingite parenchymateuse gauche. — Laparotomie. — Guérison.* — La nommée Dédoy..., Amélie, femme de chambre, lit n° 14. Réglée à 16 ans régulièrement, grossesse en 1884. Accouchement à terme, syphilis en 1888.

Au mois de septembre 1889, au moment de ses règles la malade fut prise de vives douleurs dans l'abdomen. Depuis trois semaines elles se sont exaspérées surtout à droite. La malade a maigri, tous les soirs la température s'élève à 38°,5 ; 39°.

Diagnostic. Pyosalpinx droit; à gauche, salpingite sans collection intra-tubaire.

Laparotomie, le 1er décembre 1889 par M. de Lostalot, interne du service. Incision de 7 centimètres. La trompe droite très adhérente, du volume d'une orange, est très adhérente au cul-de-sac de Douplas et à une anse intestinale. Elle contient un verre de pus. A gauche, la trompe est plus adhérente encore. En la décortiquant on rompt l'ovaire qui contient un gros caillot sanguin fibrineux. Ablation des annexes des deux côtés. Le ventre est refermé sans lavage ni drainage. L'opération a duré 30 minutes. Suites opératoires simples. Pas de réaction fébrile. Réunion par première intention.

L'examen du pus fait au laboratoire de M. Straus par M. Würtz a démontré qu'il s'agissait d'une oophorosalpingite simple non tuberculeuse.

La malade a été curettée 22 jours après sa laparotomie. Elle quitte l'hôpital le 20 janvier complètement rétablie. A peine ressent-elle quelques légères douleurs dans le côté gauche.

Obs. VII (résumée). — *Pyosalpinx double. — Laparotomie. — Guérison.* — La nommée Rob..., Marguerite, âgée de 28 ans, couturière est couchée au lit n° 11 *bis*. Réglée à 12 ans toujours d'une façon régulière. Mariée à 19 ans.

1er accouchement à 21 ans, 2e à 23 ans, 3e à 24 ans, 4e à 27 ans. Depuis son deuxième accouchement la malade souffre dans le bas-ventre et a des pertes blanches. Depuis le dernier accouchement les douleurs sont plus vives, surtout à droite, les règles sont irrégulières et très abondantes (elles durent de 8 à 15 jours).

Amaigrissement notable, anorexie, digestions pénibles, sommeil agité, accès fébriles fréquents. Cœur et poumons sains.

Diagnostic : Pyosalpinx double.

Laparotomie, le 26 octobre 1889, par M. Pozzi assisté de MM. de Lostalot et Baudron, internes. Incision de 5 cent. Ablation des deux trompes suppurées kystiques, du volume du pouce, adhérentes. Durée de l'opération 25 minutes. Aucune réaction fébrile. Réunion par première intention.

La malade quitte l'hôpital *sur sa demande* 17 jours après l'opération éprouvant encore quelques douleurs du côté droit. Elle a été revue le 6 janvier. Elle est complètement guérie.

Plusieurs de ces cas sont relatifs à des poches très adhérentes, qui, naguère encore, auraient été considérées comme ne pouvant pas être décortiquées sans danger. Beaucoup des observations publiées par différents auteurs sous le nom d'*abcès pelviens* et traitées par l'incision simple après la laparotomie sont relatives à des cas de cet ordre.

Il est inutile d'insister sur l'avantage qu'il y a à extraire une poche purulente toutes les fois qu'on le peut. Les résidus cicatriciels que donne la guérison effectuée après la simple évacuation sont, en effet, par eux-mêmes une cause de douleurs prolongées.

Il est préférable, quand on le peut, d'évacuer les pyosalpinx par ponction aspiratrice puis de les décortiquer; cette dernière partie de l'opération est ainsi rendue plus difficile, mais moins dangereuse.

L'effusion du pus dans le péritoine commande le lavage et le drainage. M. Pozzi a eu à se repentir de s'être éloigné de cette règle de conduite (observ. V); il avait été pousssé à cette abstention par une récente discussion de la Société de chirurgie.

Dans les pyosalpinx, il serait important de distinguer les

collections constituées par du pus de nouvelle formation ayant conservé toutes ses qualités virulentes, et celles où le pus après un long séjour (observ. III) s'est dépouillé par une sorte de travail de clarification d'une partie de ses éléments solides et, par la mortification de ses microbes, de son pouvoir infectant ; de nombreuses observations tendent à démontrer que c'est là le processus de formation d'un grand nombre d'hydrosalpinx. L'effusion du liquide dans la cavité péritonéale très grave dans le premier cas, ne l'est presque pas dans le second.

F. — ABCÈS PELVIENS

Ce nom doit être réservé aux collections purulentes non énucléables du petit bassin, quelle que soit du reste leur origine (pyosalpinx invinciblement adhérent, péri-métro-salpingite, hématocèle ou kyste inclus suppuré).

OBS. I (RÉSUMÉE). — *Abcès pelvien avec fistule rectale. — Laparotomie. — Tamponnement antiseptique du péritoine. — Guérison.* — La nommée Marie G..., âgée de 56 ans, couchée lit nº 26. Réglée à 13 ans toujours régulièrement, mariée à 26 ans. Pas d'enfants, pas de fausse couche. Il y a cinq ans, elle se refroidit au moment de ses règles, celles-ci s'arrêtent brusquement : en même temps, la malade est prise d'une violente douleur à l'hypogastre, de frissons répétés, d'une fièvre vive, puis apparaissent des vomissements porracés, du météorisme. Cet état dure 15 jours. Nouvelle poussée 3 mois après; depuis lors les règles sont peu abondantes et très douloureuses. Nouvelle poussée au mois de juin 1889; au bout de 15 jours, la malade rend par le rectum une grande quantité de pus. Depuis lors les selles sont plus ou moins purulentes. Amaigrissement considérable, anorexie vomissements fréquents, légère constipation, cœur et poumon sains, urines normales.

Laparotomie par M. Pozzi, assisté de MM. Laffitte et Baudron internes du service, fin novembre 1889. Incision de 6 cent. En décortiquant la trompe gauche, on ouvre un abcès qui contient un demi-verre de pus épais très fétide. Ponction de la trompe kystique qui contient 200 gr. de pus. Elle est enlevée. A gauche les annexes

forment une masse fibreuse dans laquelle ovaire et trompe sont confondus, formant paroi d'un foyer purulent. M. Pozzi renonce à les enlever. Lavage du péritoine, drainage vaginal avec le tube en T, drainage abdominal avec le sac Mickulicz. Durée de l'opération, 40 minutes. Suites simples. Aucune réaction fébrile. Réunion par première intention de la portion suturée de la plaie abdominale. Le tamponnemeni de Mickulicz est enlevé au 9e jour, et le tube en T le 24e jour.

La malade quitte l'hôpital le 10 janvier. Actuellement elle est complètement rétablie, la plaie abdominale est refermée. Elle a repris de l'embonpoint et est méconnaissable.

OBS. II (RÉSUMÉE). — *Abcès pelvien. — Épiploïte avec énorme épaississement et adhérences. — Laparotomie. — Tamponnement antiseptique du péritoine. — Guérison.* — La nommée Marie Did..., âgée de 23 ans, lit nº 17. Réglée à 11 ans régulièrement. Jamais de grossesse ni de fausse couche.

Au mois de juillet 1889 douleurs dans le bas-ventre surtout à droite. Tous les soirs fièvre, frissons. La malade a maigri énormément ; anorexie complète, nausées et vomissements, diarrhée, température vespérale varie entre 38° et 39°. Tout le petit bassin est rempli de masses ligneuses qui immobilisent complètement l'utérus et qu'on sent distinctement par la palpation abdominale, surtout à droite.

Diagnostic. Pyosalpinx droit avec périsalpingite considérable ; à gauche vestiges de lésions salpingiennes et périsalpingiennes plus ou moins anciennes.

Laparotomie le 22 novembre 1889 par M. Pozzi assisté de MM. de Lostalot et Baudron, internes du service. Incision de 8 cent. On tombe à droite sur une masse dure qui n'est autre que l'épiploon enflammé, énormément épaissi et très adhérent à l'intestin. Au-dessous, on sent la trompe volumineuse, rénitente, fixée de tous côtés. En la libérant, M. Pozzi crève avec les doigts plusieurs foyers de péri-salpingite suppurée. La trompe décortiquée est excisée ; elle ne contenait pas de pus, mais offrait un épaississement charnu considérable ; l'ovaire, par contre, du volume d'un œuf, était suppuré.

A gauche, les annexes sont perdues dans une masse inflammatoire dure occupant tout le ligament large. M. Pozzi les abandonne.

Lavage du péritoine. Drainage abdominal avec le tamponnement Mickulicz dans le cul-de-sac de Douglas. Une lanière de gaze iodoformée est placée au niveau des masses épiploïques. Durée de l'opération, 35 minutes.

L'examen des pièces fait par M. Gombault a démontré qu'il ne s'agissait pas d'une lésion tuberculeuse, ainsi que les phénomènes cliniques l'avaient fait craindre.

Pendant les 14 jours qui suivirent l'opération la température s'est maintenue à 38°, 38°,5. Puis elle est tombée à 37°. Le tamponnement est enlevé au 5e jour. Au 6e jour, apparition d'une fistulette pyo-stercorale qui se ferme spontanément le 18e jour. Le 15 janvier 1890, la plaie abdominale est cicatrisée et la malade complètement guérie et ayant repris de l'embonpoint va quitter l'hôpital.

OBS. III (RÉSUMÉE). — *Abcès pelvien ouvert dans le rectum. — Laparotomie. — Tamponnement antiseptique et drainage. — Guérison.* — La nommée Marguerite Les..., âgée de 21 ans, couchée au lit n° 23.

Réglée à 14 ans, normalement pendant un an. A la suite d'un refroidissement menstruation irrégulière et extrêmement douloureuse. Leucorrhée abondante entre deux époques. A 17 ans chute à plat ventre d'une hauteur de 2 mètres, suivie d'une poussée de péritonite qui dura 6 semaines.

De 19 à 20 ans, rémission presque complète des symptômes. Au mois d'août 1889, nouvelle poussée ; évacuation d'une grande quantité de pus par le rectum à la fin d'août. Depuis lors, les selles sont toujours purulentes. Malade amaigrie, anémiée. Tous les soirs température variant entre 38° et 39°. Aucun signe de tuberculose pulmonaire. La malade est vierge.

Diagnostic : Pyosalpinx double, fistuleux, et péri-salpingite suppurée.

Laparotomie le 16 janvier 1890 par M. Pozzi assisté de MM. Baudron et de Lostalot, internes du service.

Abcès péri-salpingien du côté droit contenant un demi-verre de pus très fétide. L'abcès pelvien formé autour de la trompe, dont on ne peut retrouver que des vestiges, forme une poche du volume d'une grosse orange. L'ovaire gauche est suppuré. Ablation des annexes des deux côtés. Lavage du péritoine. Tamponnement an-

tiseptique du péritoine à la gaze iodoformée (Mickulicz). Durée de l'opération, 45 minutes.

Le tamponnement est enlevé au 6e jour ; on constate la formation d'une fistulette pyo-stercorale. Actuellement, 8 février, cette fistule s'est spontanément fermée. La malade est en pleine convalescence.

Les trois cas d'abcès pelviens qui sont rapportés ici sont relatifs à la variété la plus fréquente, c'est-à-dire pyosalpinx avec péri-salpingite suppurée.

Ils ont été traités par le nettoyage de la cavité et le tamponnement antiseptique avec la gaze iodoformée. C'est pour M. Pozzi le procédé ordinaire en pareil cas. Une fois, ce tamponnement a été combiné avec le drainage vaginal au moyen d'un tube en croix placé dans le cul-de-sac de Douglas qui était particulièrement infecté.

Il faut noter que plusieurs de ces opérations ont été faites en plein état fébrile. La gravité de l'état général, loin d'être une contre-indication opératoire, est au contraire une indication pressante.

Signalons les masses considérables d'épiploïte existant chez la malade de l'observ. II ; leur aspect rappelait celui des lésions tuberculeuses. Elles étaient intimement adhérentes aux anses intestinales ; leur disparition a été très rapide grâce au tamponnement fait à leur niveau. Chez cette même malade, il existait un foyer d'ovarite suppurée non adhérente à la trompe qui était simplement atteinte de salpingite chronique hypertrophique. Il est probable que celle-ci était le reliquat d'une salpingite suppurée ancienne. (*A suivre.*)

REVUE CLINIQUE

GROSSESSE GÉMELLAIRE — HYDRAMNIOS — PONCTION GUÉRISON

Par **G. Phocas**, professeur agrégé de la Faculté de Lille.

L'hydramnios est une affection rare et dont le diagnostic a souvent embarrassé les chirurgiens. Un kyste uniloculaire de l'ovaire peut se présenter avec le même appareil sympto-

matique et les symptômes de la grossesse peuvent être masqués par le développement du liquide amniotique.

Déjà Charpentier (1) et Tillaux (2) ont insisté sur ces difficultés. Tillaux, ayant eu l'occasion d'examiner une femme qui lui fut envoyée à l'Hôtel-Dieu, a pu faire chez elle le diagnostic d'hydramnios en se basant sur la constatation d'une portion dure de la tumeur abdominale, portion qu'il ne pouvait plus découvrir à quelques jours d'intervalle. Il en a conclu que l'utérus était le seul organe qui pût donner lieu à un phénomène semblable. Ces alternatives de dureté et de mollesse d'une partie ou de la totalité de la masse abdominale ne peuvent s'expliquer que par les contractions utérines et ce signe est suffisant pour fixer le diagnostic dans les cas douteux.

Dernièrement j'ai eu l'occasion de retrouver et de vérifier ce signe au milieu de circonstances assez bizarres et qui méritent d'être racontées.

Le 4 octobre 1889 je fus appelé auprès d'une femme demeurant à la Chapelle. Les antécédents pathologiques de la malade sont nuls. Elle n'a jamais fait de maladie grave. Elle a eu trois grossesses qu'elle a bien menées à terme. Son dernier enfant est âgé de dix mois.

Depuis sa dernière couche elle n'a vu qu'une seule fois ses règles, il y a environ huit mois. Quelques mois après ce retour de couches, elle a ressenti les mêmes troubles qu'au moment d'une grossesse, troubles qu'elle connaît bien pour les avoir souvent éprouvés.

A 4 mois de cette prétendue grossesse, elle a senti remuer l'enfant. Tout allait bien et elle n'attendait que l'écoulement de ses neuf mois pour accoucher, quand il y a un mois environ, vers le milieu de septembre, son ventre qui n'était que médiocrement distendu, s'est mis tout d'un coup à enfler. En quinze jours il a

(1) Charpentier. *Traité d'accouchements*, 1883 et Arch. de tocologie, 1880. Voir également sur ce sujet, G. Lepage. *De la ponction de l'utérus par la paroi abdominale dans l'hydropisie de l'amnios*, Annales de gynécologie, T. XXX, p. 257. (Note de la Réd.)

(2) Tillaux. *Chirurgie clinique*, t. II, p. 183.

pris de grandes proportions ; les jambes ont gonflé, et la respiration devint par moments difficile. Justement inquiétée par ces symptômes insolites, elle fit appeler un médecin qui, après l'avoir traitée de son mieux, l'a engagée à entrer à l'hôpital dans un service d'obstétrique. Elle se présenta donc à l'hôpital Lariboisière, où elle fut admise pendant quelques jours.

Sur ces entrefaites, son mari, que je connaissais de longue date, vint me trouver pour me demander si je voulais me charger du traitement de sa femme. J'acceptai. Le soir même madame X... demandait son *exeat*, et je pouvais l'examiner chez elle.

Il s'agit d'une femme maigre; les traits sont tirés, les cheveux blanchis, la respiration difficile. Les jambes sont enflées.

L'abdomen est énormément distendu. Il est proéminent en avant avec une certaine dépression au niveau des flancs. Il paraît aussi plus développé à droite qu'à gauche. La peau est distendue ; elle est parcourue de quelques veines dans la région sus-ombilicale. L'ombilic n'est pas déplissé. La distance qui le sépare du pubis est plus grande que celle qui le sépare de l'appendice xiphoïde ; enfin, une ligne brunâtre se dessine de l'ombilic au pubis.

A la palpation on sent une tumeur tendue, qui s'étend jusqu'au niveau de l'appendice xiphoïde à 2 travers de doigt au-dessous de cette apophyse. Mais on ne parvient pas à coiffer avec le bord cubital de la main l'extrémité supérieure de cette tumeur à cause de la distension de la peau.

La consistance de cette tumeur est uniforme ; elle est légèrement dépressible. Mais on n'arrive pas à sentir de parties fœtales.

La recherche de la fluctuation est pratiquée suivant la manière habituelle. On a une sensation de flot si facilement transmissible d'un point à un autre de la paroi abdominale, qu'on croirait être en présence d'une véritable ascite.

A la percussion l'abdomen est mat. Cette matité arrive en haut jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde. A ce niveau elle est remplacée par la sonorité normale. Elle se termine suivant une ligne courbe à convexité supérieure et disparaît de chaque côté au niveau des flancs. Elle se maintient dans ces limites, malgré le changement de position que nous imprimons à la malade.

A l'auscultation nous ne trouvons rien qui ressemble à des battements fœtaux ou à un souffle.

Par le toucher vaginal nous arrivons sur le col qui est élevé, et, circonstance importante à noter, mou et entr'ouvert. Le bout de l'indicateur pénètre dans l'orifice externe. Pas de ballottement.

Une dépendance paraît exister entre la tumeur et la matrice et les mouvements imprimés à l'une paraissent se transmettre un peu à l'autre.

Diagnostic. — J'éliminai rapidement l'ascite, malgré la fluctuation superficielle, et conclus à l'existence d'une tumeur enkystée et liquide. Relativement à cette tumeur trois hypothèses ont germé dans mon esprit : l'hypothèse d'un kyste de l'ovaire simple. Celle d'un kyste ovarique compliquant une grossesse. Celle d'une hydramnios.

J'avoue que, malgré l'histoire de la malade et les signes du toucher, et malgré cette fluctuation embarrassante à force d'être superficielle, malgré tout cela, l'idée du kyste me parut plus probable, l'hydramnios étant une affection bien rare.

Une ponction vint me démontrer l'existence d'une hydramnios de la façon suivante :

La ponction de la poche était absolument indiquée.

Les troubles respiratoires, le gonflement des jambes, la faiblesse de la malade, tout cela dictait une intervention et une intervention rapide. Le seul moyen de soulager immédiatement cette femme était de pratiquer une ponction évacuatrice que je me décidai à faire séance tenante. Après avoir pris les précautions d'usage, j'ai choisi un endroit de l'abdomen situé au-dessous de l'ombilic à deux travers de doigt sur la ligne oblique qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure et, hardiment, j'y enfonçai le trocart de l'appareil Dieulafoy.

C'est le trocart le plus gros que j'avais à ma disposition. Après avoir retiré la pointe, je laissais la canule en place et vis baver un peu de liquide ; rapidement, j'y ajustai l'appareil aspirateur et je pompai. Ma surprise fut grande de constater que je venais de faire une *ponction blanche*. Ma main gauche, placée à proximité de la canule, a senti aussi en ce moment une certaine dureté, à laquelle je n'attachai pas l'importance qu'elle méritait. Je fis ce qu'on fait en pareille circonstance, je déplaçai la canule, la dirigeant un peu dans tous les sens ; j'attendis deux ou trois minutes ; ce fut en vain. J'étais un peu honteux devant les nombreux récipients que j'avais fait préparer en prévision de ma future prise. Je retirai la

canule, et après avoir appliqué un peu de collodion sur la plaie du trocart, je me remis à étudier ce singulier ventre. La fluctuation évidente venait de nouveau donner un démenti formel à ma malheureuse ponction. Renonçant pour le moment à l'explication de cette discordance entre le symptôme et les résultats, je me suis dit que le liquide existait et qu'il fallait l'avoir ; aussitôt nouveaux lavages, *nouvelle ponction*.

Cette fois la ponction fut pratiquée près de la ligne médiane et à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le vide était fait et le liquide ne tarda pas à remplir une première fois l'appareil.

L'appareil fut rempli plusieurs fois de suite, mais de temps en temps l'écoulement du liquide se ralentissait et s'interrompait même complètement. Ce n'était pas cependant faute de liquide. Au moment de ces interruptions la main posée sur l'abdomen recevait l'impression *d'un corps qui durcit* peu à peu et arrive au maximum de dureté au moment précis où le liquide cesse de couler. La cessation de la dureté et du gonflement coïncidait avec la réapparition abondante du liquide et cela, indépendamment de tout appel par le vide. Je ne pouvais m'empêcher de rapprocher ces interruptions momentanées coïncidant avec le durcissement partiel du ventre, de la ponction blanche de tout à l'heure, qui avait aussi coïncidé avec une dureté de l'abdomen. Du reste ce durcissement s'est manifesté finalement à la vue sous forme de gonflement appréciable et limité. Il n'y avait plus à douter.

L'utérus seul pouvait être le siège de pareilles *contractions;* mon trocart était dans la matrice.

J'évacuai 4 litres environ de liquide et laissai le reste. La malade s'est trouvée très soulagée. Elle fut même tellement améliorée que j'ai eu toutes les peines du monde pour lui faire garder le lit trois jours.

Les jambes ont diminué rapidement de volume le 4e jour, la malade s'est levée et a vaqué à ses occupations.

Je suis retourné la voir depuis de temps en temps. Elle se trouve totalement soulagée, le ventre a beaucoup diminué, l'appétit est revenu ainsi que les forces. Elle attend avec patience son accouchement.

Le liquide fut analysé par M. Mercier.

Analyse n° 2101 (liquide de ponction).

Quantité (remise à l'analyse) 223 c.c.

Aspect louche, limpide par filtration.

Couleur correspondant au type n° 2 de la gamme des couleurs de Neubauer et Vogel (jaune clair).

Odeur : faible, presque nulle.

Réaction acide faible au tournesol.

Densité, 1000,3 à la T. de + 15.

Examen microscopique. — Cellules épithéliales pavimenteuses (peu). Vibrions.

Extrait sec à + 100 : 13 gr. 70 par litre.

Eau, 994 gr. 80 par litre.

Sels minéraux anhydres.	11 gr. (dont 6 gr. 50 NaCl 2).
Albumine	2 gr. 80.

(Globuline. Peptone. Hydropisine. Fibrine. Mucine. Sucre. Urée. Mat. grasses, *néant.*)

P. S. — Le 12 novembre au soir Mme X... mit au monde deux enfants du sexe masculin, l'un vivant, l'autre mort depuis quelque temps.

De ce fait instructif je ne veux retenir que les trois points suivants :

I. — La confirmation du signe donné par Tillaux pour le diagnostic d'une hydramnios : « lorsqu'une tumeur liquide de la cavité abdominale présentera à sa surface des alternatives de dureté et de mollesse, sur une partie ou sur la totalité de la masse, c'est qu'il s'agit de l'utérus distendu » (*loco citato*).

Les contractions, dans l'observation de Tillaux, furent provoquées par le palper ; et par la ponction, la main appliquée sur la tumeur a senti un durcissement en masse ; dans notre observation, le palper n'a pas provoqué de contractions sensibles ; ces contractions sont devenues visibles et tangibles pendant que le trocart était dans la tumeur.

II. — Il résulte de notre observation qu'aux alternatives de dureté et de mollesse qu'une hydramnios peut présenter à sa surface, il faut ajouter les alternatives d'écoulement et d'arrêt du liquide pendant la ponction. Et ces derniers phénomènes peuvent aller assez loin pour simuler *une ponction blanche.*

Que ces intermittences dans l'écoulement soient en rapport avec les intermittences de contraction, cela ne peut faire aucun doute dans mon esprit. La simultanéité des deux phénomènes a été constatée par moi à plusieurs reprises, d'une façon indubitable. Mais je serais plus embarrassé s'il me fallait pénétrer le rapport qui a lié si intimement ces deux symptômes.

III. — Enfin je crois pouvoir conclure de ce fait et d'autres analogues, que peut-être la ponction abdominale est la meilleure conduite à tenir en face d'une hydramnios.

REVUE GÉNÉRALE

SUR LA NATURE DE L'INFECTION PUERPÉRALE

Par **Victor Wallich**, interne des hôpitaux.

I. — On a compris jusqu'à ce jour sous le nom de fièvre puerpérale une série d'accidents survenant chez la nouvelle accouchée, variables comme intensité et comme formes, depuis cette légère élévation de température, appelée fièvre de lait, jusqu'à la péritonite purulente. Entre ces deux formes extrêmes on a placé la métrite puerpérale, la phlébite, la lymphangite utérine (Lucas-Championnière, Siredey, Fiouppe) conduisant aux accidents péri-utérins et à la péritonite, qui pour certains auteurs avait constitué toute la fièvre puerpérale.

Dès 1857, M. Dumontpallier dans sa thèse avait cherché à établir qu'il y avait quelque chose au delà de la lésion locale, dans la fièvre puerpérale des accouchées, qu'elle devait être assimilée à l'infection purulente, et à l'infection des blessés.

Depuis la thèse de M. Tarnier (1857), depuis le travail paru en 1861 de Semmelweiss, qui dès 1848 avait fait baisser la mortalité des femmes de son service dans des proportions

considérables, en prenant des précautions antiseptiques, les accidents puerpéraux ont été déclarés contagieux. Cette idée de contagion difficilement acceptée, ou même combattue, fut énergiquement défendue autrefois par Trousseau à l'Académie de médecine. Il rapprocha la fièvre puerpérale de la pyohémie des blessés, il dit que quelque chose, agent, ferment inconnu, s'ajoutait ici à la plaie chirurgicale, là à la plaie placentaire, que la fièvre puerpérale n'était pas le résultat d'une modification de l'organisme préexistant à toute lésion locale et qu'elle n'était pas non plus le fait seulement des lésions locales, phlébite ou lymphangite.

En effet, en 1879, M. Pasteur trouvait dans les lochies un microbe, du genre microcoque, se présentant sous l'aspect de points disposés en chaînettes : le streptococcus pyogenes.

A côté de ce microbe M. Doléris en découvrait trois autres en simple point, en double point et un microbe en forme de bâtonnet. Tandis que M. Doléris attribuait à chacune des variétés de ces microbes la faculté d'engendrer des formes différentes de fièvre puerpérale, MM. Arloing et Chauveau constataient, deux ans après, que le microbe en chaînette seul pouvait produire expérimentalement des septicémies différentes, qui pouvaient être comparées aux diverses formes de la fièvre puerpérale. Or ces diverses formes de la fièvre puerpérale n'étaient pas définies, personne n'aurait pu dire, en dehors des formes purulentes, où commençait où finissait la puerpéralité. Quant à la nature de la fièvre puerpérale, bien peu refusaient dans ces dernières années à admettre sa nature contagieuse, mais on n'était pas fixé sur l'agent parasitaire.

Était-ce le microbe en chaînette seul, vu par M. Pasteur, ou les espèces de microbes décrites par M. Doléris, ou encore la bactérie aperçue par quelques auteurs allemands.

II. — Dans son travail récent Widal (1) a établi que le

(1) FERNAND WIDAL. *Études sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens, et l'érysipèle.* Thèse, Paris, 1889.

streptococcus pyogenes, le microbe en chaînette signalé par M. Pasteur, pénétrant dans l'économie par l'utérus peut être le seul agent parasitaire de diverses formes de fièvre puerpérale, que sa virulence, variable suivant les conditions, suffit à expliquer la diversité des formes que l'on rencontre.

Ce microbe porté au niveau de la muqueuse utérine avec une infinité d'autres microbes, par des mains ou des instruments souillés, soit même par auto-infection, s'il préexiste dans le vagin, pénètre seul dans les vaisseaux lymphatiques et veineux de l'utérus. Widal a constaté que la muqueuse utérine bien qu'exfoliée après l'accouchement, joue vis-à-vis des autres microbes le rôle d'un véritable filtre.

Ce microbe qui vient, par une porte d'entrée utérine (voir planche I, fig. 1 et 2), de pénétrer dans l'économie, va y manifester sa présence par des phénomènes très divers depuis les petits jusqu'aux grands accidents de la puerpéralité. Ces accidents auront un cachet commun créé par l'état puerpéral lui-même, mais qui variera déjà devant les terrains différents que le microbe rencontrera sur telle ou telle femme, à terrain préparé par des conditions soit favorables, soit défavorables dans les circonstances qui ont précédé ou suivi l'accouchement. A côté des différents terrains que ce microbe pourra rencontrer, il faut tenir compte aussi de la virulence variable de ce microbe. Widal attache une très grande importance à l'action de cette virulence, qui peut être expérimentalement exaltée par le passage du microbe par inoculation dans le sang d'un lapin, atténuée par un séjour prolongé à l'air. Bien d'autres conditions, qui nous échappent encore, doivent modifier cette virulence, et doivent rendre les accidents dus à la présence du microbe tantôt bénins, tantôt graves, suivis ou non suivis de suppuration.

III. — Avant que l'on ait nettement déterminé la nature de l'agent parasitaire de la fièvre puerpérale, avant que l'on ait dit que cet agent était le streptocoque et souvent le streptocoque seul (Widal' on n'osait que timidement accorder le

nom redouté de fièvre puerpérale à d'autres accidents que ceux qui se manifestaient autour de l'utérus ou dans le péritoine, on ne pouvait croire à une fièvre puerpérale sans lésions, ni sans pus.

Aujourd'hui que la fièvre puerpérale a pris place parmi les maladies infectieuses, on sait, et Widal vient de le démontrer, que le microbe, l'agent de cette infection peut produire des accidents ailleurs que dans l'utérus et dans le péritoine, qu'il peut provoquer ou ne pas provoquer des lésions des tissus, qu'il peut suivant sa virulence être ou n'être pas pyogène, toxique ou non toxique. Pour en arriver à ces conclusions il fallait rechercher le streptocoque dans tous les cas où les suites de couches paraissaient troublées, dans tous les cas où la température s'élevait.

C'est d'abord dans les formes purulentes de la fièvre puerpérale que l'agent parasitaire a été recherché. Widal y a constamment rencontré le streptocoque, non seulement dans le pus, mais dans le sang, dans les viscères. Et dans cet envahissement général de l'organisme par le microbe, on peut constater que les tissus réagissent d'une façon différente en diverses régions chez un même sujet. C'est ainsi qu'on a pu voir le streptocoque infiltrer les vaisseaux utérins, sans former de pus dans l'utérus, pour aller en produire plus loin dans le péritoine, on a pu voir la présence de ce microbe être suivie de lésions histologiques, de dégénérescence dans les viscères, ou même d'aucune lésion. On a constaté en outre que dans les formes chroniques purulentes on finit par ne plus trouver dans le pus des abcès le streptocoque seul, mais au début de la formation de l'abcès celui-ci s'y est trouvé à l'état de pureté ; les autres microbes que l'on y rencontre plus tard sont le résultat d'une infection secondaire produite au niveau d'une autre porte d'entrée que l'utérus ; eschare, déchirure de la vulve et du vagin livrant passage dans deux cas de Widal au microbe d'Hallé et Albarran.

IV. — Jusqu'à ce jour, l'on a discuté sur la nature du mi-

crobe de la fièvre puerpérale, les recherches ont uniquement porté sur les formes purulentes et il restait une série d'accidents se produisant chez les nouvelles accouchées, auxquels on ne donnait pas le nom de fièvre puerpérale. On ne pouvait saisir le lien qui pouvait exister entre une péritonite purulente et ce que l'on avait appelé une *diphtérie puerpérale*, ou les cas à *accidents généraux très graves* où l'autopsie ne révélait aucune lésion.

Depuis quelques années déjà certains accoucheurs frappés de l'inconstance de la *fièvre dite de lait*, avaient pensé que cette légère élévation de température survenant au 3e jour était attribuable à d'autres phénomènes que la montée laiteuse. Widal dans ces cas a rencontré le streptocoque dans le sang, et l'on a la preuve que la fièvre de lait n'est autre chose qu'une infection à forme légère, qui peut en rester là ou produire des accidents immédiats, ou des accidents tardifs.

V. — A l'autopsie de certaines femmes mortes pendant les suites de couches on avait trouvé dans le péritoine, sur les diverses séreuses, sur les muqueuses, dans le vagin, sur la vulve de véritables fausses membranes, et le mot *diphtérie puerpérale* fut créé. Mais la forme de la lésion renseignait si peu sur sa nature, sur ses rapports avec les autres accidents puerpéraux, que la diphtérie puerpérale put être considérée comme étrangère à la fièvre puerpérale, comme enfin ne différant pas de la diphtérie ordinaire. Widal a retrouvé le streptocoque dans ces fausses membranes, qui peuvent être ou non accompagnées de pus, mais il n'y a jamais rencontré le microbe de la diphtérie, le bacille décrit par Klebs et Lœffler, Roux et Yersin. Il ne peut donc plus être question aujourd'hui de diphtérie puerpérale, mais de *forme pseudo-membraneuse* de l'infection puerpérale.

VI. — S'il était difficile de rattacher à la fièvre puerpédrale les formes accompagnées de lésions sans pus, il était encore plus difficile de faire rentrer dans le même cadre, ces

accidents qui tuaient la nouvelle accouchée au milieu de symptômes infectieux, sans qu'on rencontrât à l'autopsie la moindre trace de pus. Les uns niaient que ce fût là de la fièvre puerpérale (Béhier, Beau, et autrefois M. Hervieux). Des observateurs au contraire très autorisés : Bouchut, Lasserre, Guérard, Tardieu, Tarnier, Hardy, Brouardel, etc.) en publiaient des exemples qui n'avaient pas suffi à entraîner la conviction générale.

Widal a observé deux de ces cas, et il a trouvé dans le sang, dans tous les organes, le microbe de l'infection puerpérale, le streptocoque. Or dans ces cas ni pus ni lésions, et combien ont dû échapper à l'observation jusqu'à ce jour puisque Widal est le premier qui ait fait l'étude microbiologique de ces formes, qu'il décrit sous le nom de forme *septicémique pure*. L'absence de lésions, la gravité des accidents qui caractérisent cette forme septicémique pure, ne sont dues pour Widal qu'à la virulence exaltée du microbe qui peut très bien se montrer, comme il l'a établi expérimentalement, après que ce microbe a perdu sa propriété de faire du pus.

VII. — En étudiant les accidents des suites de couches Widal a pu constater que l'infection puerpérale peut ne pas se borner à des accidents immédiats petits ou grands, accidents de la puerpéralité, il a observé aussi que l'infection pouvait produire des accidents en deux temps : légère élévation de température les premiers jours, puis tout paraît normal, et quinze dix-huit jours après nouvelle ascension de température et apparition d'une *phlegmatia alba dolens*.

La nature infectieuse de la phlegmatia d'origine puerpérale n'avait été que prévue (Hutinel, Siredey), Widal a eu le mérite de l'affirmer preuves en mains. Le caillot primitif du thrombus contient des streptocoques. Ce microbe est l'agent d'une endophlébite, suivie de la formation d'un caillot, caillot primitif, autour duquel se forme et s'étend le caillot secondaire. Le caillot primitif peut se former dans les veines intra-utérines et le caillot secondaire s'ajoutant autour de lui peut

gagner par voie descendante les veines hypogastriques iliaques et crurales. Le caillot crural peut être indépendant, le streptocoque entraîné dans le sang peut venir former en un point de la veine crurale une endophlébite, au niveau de laquelle le sang se coagulera. Autour de ce caillot primitif et septique on voit se constituer le caillot secondaire, et s'établir l'obstruction de la veine. La phlegmatia est ainsi constituée, le caillot peut suivant les cas être destiné à se résorber ou à suppurer. (Voir planches II et IV.)

VIII. — Nous venons de voir que :

La fièvre puerpérale à forme purulente, les formes dites diphtéritiques, la forme septicémique pure, la phlegmatia alba dolens, n'étaient que les formes différentes d'une seule et même infection par le streptocoque. Mais *ce streptocoque n'est pas un agent spécifique*, on le retrouve dans l'*érysipèle*, comment peut-il ici causer l'érysipèle, là l'infection puerpérale. Les rapports entre l'érysipèle et l'infection puerpérale ont été établis depuis longtemps cliniquement, depuis longtemps on sait que les deux épidémies peuvent faire suite l'une à l'autre.

Ces rapports ont été aussi établis au point de vue microbiologique.

Widal a placé à côté des conditions de terrains créées par l'état puerpéral, des conditions spéciales qui permettent d'expliquer les manifestations diverses du streptocoque. Ces conditions se trouvent dans la porte d'entrée qui est pour la fièvre puerpérale l'utérus dont la muqueuse est exfoliée, et surtout dans la virulence de ce microbe, naturellement variable, et expérimentalement capable d'être modifiée, au point de produire par inoculation tantôt une lymphangite simple, tantôt des abcès. La porte d'entrée utérine, les variations dans la virulence, telles sont les explications que l'on peut donner des divers modes d'action de l'infection par le streptocoque.

Nous venons de voir, que d'après les recherches récentes,

les accidents de l'infection puerpérale sont dus plus souvent à la présence dans l'organisme du streptocoque, ayant pénétré par l'utérus. Mais si ce microbe est celui que l'on rencontre le plus souvent dans les accidents infectieux qui se produisent chez les nouvelles accouchées, il ne faudrait pas aller jusqu'à dire qu'il est le seul agent et l'agent constant des infections puerpérales. On a rencontré, quoique plus rarement dans ces infections, d'autres microbes en bâtonnets (Pasteur, Doléris, Chantemesse, Widal). Ainsi que le soutenaient M. Dumontpallier dans sa thèse, et Trousseau à l'Académie, l'accouchée est une blessée, chez laquelle il peut se produire des infections.

De tous les microbes qui peuvent infecter la plaie utérine, le streptocoque est celui qui pénètre le plus facilement dans les sinus veineux et les troncs hépatiques, de là dans l'économie, produisant les divers accidents classés sous le nom de fièvre puerpérale. M. le Dr Chantemesse vient à l'aide d'un fait très intéressant, de démontrer que même en dehors de l'état puerpéral il peut se produire au niveau de l'utérus sous l'influence d'un traumatisme, une infection par le streptocoque, qui produit, en dehors de la grossesse, les accidents puerpéraux : fièvre, péritonite, phlegmatia alba dolens et mort, et comme il le dit « une fièvre puerpérale sans puerpéralité (1) ». (Voir les planches à la fin du numéro.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances du 15 et du 22 avril 1890.

M. le Dr Doléris. **Métrite du corps et métrite du col.** — Depuis qu'il y a près de six ans que j'ai déposé à l'Académie un pli cacheté concernant le traitement de la métrite par l'écouvillonnage

(1) Chantemesse. L'infection puerpérale. *Progrès médical*, 29 mars et 10 mai 1890.

antiseptique de la matrice, la question s'est agrandie de jour en jour. Je voudrais aujourd'hui chercher à résoudre quelques-uns des desiderata de thérapeutique intra-utérine.

Je ferai d'abord ressortir que le traitement des affections génitales par une opération unique est un objectif illusoire qui doit être mis hors de discussion. Dans l'espèce, et en ce qui concerne purement la métrite, il ne s'agit pas en effet de décréter que telle intervention répond à toutes les nécessités morbides et que telle autre est superflue. Adopter exclusivement la curette ou l'écouvillon, rejeter la dilatation préalable, négliger les lavages antiseptiques intra-utérins, vanter l'usage de tel ou tel topique caustique après le curage, uniquement parce que les résultats opératoires n'ont pas été fâcheux, ne prouve pas la légitimité et le bénefice de ces pratiques exclusives, dans leur résultat thérapeutique. Je puis dire que de mes recherches poursuivies pendant dix ans j'ai tiré la conclusion que c'est justement dans la combinaison de ces actes opératoires, je pourrais dire dans l'ordonnance méthodique et réglée d'une technique qui n'est jamais ni trop soigneuse, ni trop méticuleuse, que j'ai trouvé la solution du problème. Le curage de l'utérus ainsi compris n'est plus une opération, c'est une méthode, à chacun des éléments de laquelle échoit un but à réaliser. Là est la seule différence de la pratique française actuelle avec celle d'autres pays, où cependant la gynécologie a reçu depuis longtemps une vive impulsion. Là est aussi, à mon avis, la supériorité que nous pouvons revendiquer hautement.

Que peut-on demander à la curette, si ce n'est exclusivement l'abrasion de la muqueuse du corps de l'utérus qui est, de sa nature, molle, comme pulpeuse, caduque, et que le plus petit effort détache du plan musculaire sous-jacent. Prétendre en raclant avec un instrument mousse ou même tranchant atteindre les diverticules du col utérin noyés au sein des travées du stroma, les follicules anfractueux où se réfugient et se continuent de préférence les processus morbides, est une illusion que les simples notions anatomiques suffisent à détruire. Quatre ans de pratique, depuis que j'ai publié mes premiers travaux sur ce sujet, m'ont confirmé dans l'opinion de la nécessité d'un traitement spécial pour la métrite du col de l'utérus, en raison des premiers insuccès du curage. Néanmoins ces notions sont restées dans un domaine assez restreint ; la plupart des insuccès du curage, allégués par ses adver-

saires comme par ses partisans, sont attribuables à la négligence de la distinction de la métrite suivant son siège, c'est-à-dire en métrite du col et métrite du corps.

La muqueuse du col utérin malade depuis peu de temps est parfois à la vérité susceptible d'une thérapeutique très rationnelle, conservatrice, basée sur la poursuite du processus morbide préalablement mis en évidence par une large dilatation du conduit cervical. Cette dilatation, parfois négligeable quand il s'agit du corps de l'utérus, je la crois indispensable pour le traitement de la métrite du col; elle prépare à la curette et aux topiques appropriés un travail efficace dans quelques cas. Pour peu que l'endométrite cervicale soit tant soit peu invétérée, il n'y a plus qu'un remède, l'abrasion nette et régulière de la muqueuse du col par une opération plastique au bistouri.

Je me bornerai aujourd'hui à signaler à ce sujet l'usage d'un instrument destiné à aider le travail de la curette lorsque l'on se borne à celle-ci ; c'est un scarificateur à lames multiples, une sorte de herse coupante dont les dents servent à dilacérer en tous sens les saillies persistantes, les follicules à parois épaissies qui forment à la surface de la muqueuse étalée comme un semis de granulations miliaires accessibles au doigt. Est-il besoin de faire remarquer que sans la dilatation préalable la constatation de ces diverses productions à l'aide du doigt, la notion de leur siège et de leur profondeur, les destructions enfin par l'instrument seraient tout à fait impossibles.

Une autre cause d'échec du curage est l'existence d'une déviation de la matrice. J'ai décrit ailleurs l'utilité de la gymnastique utérine par dilatation répétée; mais détruire les muqueuses, faire le curage pour ramener en antéversion une matrice rétrofléchie, me semble une prétention injustifiable. Ici l'élément métrite, cortège habituel des déviations, doit passer le plus souvent au second plan. D'autre part, le rôle de la dilatation et de la curette en matière de déviations est réel et l'emploi de ces procédés n'est pas négligeable, mais il n'est pas curatif. Je pense donc qu'il est injuste de faire figurer au passif du curage les insuccès de cet ordre. J'en dirai autant des lésions des annexes. Le curage n'a d'effet immédiat, certain, que sur la muqueuse, tandis que ses effets médiats sur les annexes, sur la musculature, l'innervation, la vascularisation, etc., sont au moins problématiques et doivent toujours être prudem-

ment réservés. Ici le vrai mérite de notre méthode moderne est de ne point aggraver les lésions périphériques.

Quant au parallèle du curage avec les méthodes de cautérisation il ne faut pas perdre de vue que l'avenir de la gynécologie est surtout dans l'objectif physiologique ; l'entretien de la fonction lorsqu'elle est intacte, sa restauration lorsqu'elle est compromise, réalisent le but le plus haut que le praticien doit viser. Or, le cautère actuel sur le col, les caustiques violents à demeure dans la cavité du corps, sont sans contredit les plus parfaits destructeurs de la vie physique de l'utérus ; à leur action caustique succèdent le bourgeonnement et la suppression de la muqueuse; d'où les atrésies dans les trois cinquièmes des cas, la stérilité, la perte de la fonction.

D'autre part, cautériser un col érodé, un ectropion cervical, c'est créer une cicatrice d'épithélium pavimenteux, un vernis artificiel, sur une muqueuse sécrétante ; c'est du même coup supprimer la sécrétion, enfermer profondément le processus morbide et créer un processus folliculaire scléro-hypertrophique souvent kystique, cent fois plus sévère que la lésion initiale.

GUÉNIOT. — **Cas de dégénérescence kystique des reins chez un fœtus hydropique.** Le fait observé à la Maternité, se rapporte à une femme ayant un bassin normal et chez laquelle le travail se déclara à 8 mois. La tête fœtale une fois dégagée, la progression du fœtus ne fit plus de progrès malgré des contractions soutenues. Après avoir dégagé les bras, Guéniot, ayant introduit la main dans l'utérus, put se convaincre qu'il existait une distension énorme du ventre du fœtus. Une ponction ne donna que 50 grammes de liquide ascitique. Il fallut pour terminer l'accouchement pratiquer l'éviscération.

Fœtus anencéphale. Brides multiples à la face ; difformités.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

(*Mars et avril* 1890.)

Traitement de l'endométrite (*suite*) (1).

M. POLAILLON préfère au curettage la cautérisation avec la flèche de chlorure de zinc. Il laisse les femmes se lever dès que l'eschare est éliminée. La guérison a lieu vers le 20e jour. S'il persiste quelque lésion il fait une deuxième cautérisation.

(1) Voir *Annales de gynéc.*, mars 1890, p. 220.

Sur 69 malades, il a eu 48 guérisons, 6 échecs, 21 résultats incomplets ou insuffisamment suivis.

M. Pozzi repousse ces cautérisations qui exposent à la sténose consécutive du col utérin et des orifices des trompes ; il leur préfère le curettage qu'il pratique avec une curette mousse après dilatation extemporanée.

Il rejette l'écouvillonnage et le tamponnement utérin, mais fait, après le curettage, un lavage avec une sonde à double courant et une cautérisation avec une solution de perchlorure de fer. Contre les déchirures et les ulcérations du col, il fait l'amputation. Le curettage est bon dans la salpingite catarrhale aiguë ; il est d'un effet nul contre la salpingite scléreuse ; il est dangereux dans la pyosalpingite.

M. Reynier a employé la cautérisation au chlorure de zinc et le curettage. La cautérisation expose à des insuccès et de plus présente des inconvénients immédiats (douleurs très vives, syncopes, fièvres, atrésies rapides). Aussi la rejette-t-il, préférant associer au curettage des applications de liquide caustique.

M. Bouilly apporte une thèse qui vient d'être soutenue sur la cautérisation par les flèches. Elle repose sur 30 observations ; or 21 fois l'atresie empêcha l'hystéromètre de passer et les 9 autres malades ont été perdues de vue ; ces faits ne l'encouragent pas à tenter les cautérisations.

Opération d'Alexander.

M. Terrillon. J'ai à vous rendre compte d'un raccourcissement des ligaments ronds fait par M. Lagrange (de Bordeaux) chez une femme qui, quelque temps après un accouchement, fit une chute sur le ventre et depuis ce moment présenta des accidents douloureux liés — l'examen physique le révéla — à une rétroflexion mobile et facilement réductible. L'opération d'Alexander a eu un plein succès, qui se maintient depuis neuf mois.

L'indication opératoire, pour cette rétroflexion mobile, est bien celle que nous avons posée dans notre dernier débat. Mais M. Lagrange indique un procédé spécial pour assurer la solidité de la suture des piliers. De plus, il n'a mis dans le vagin, après l'opération, ni tampon, ni pessaire. Il n'a pas eu à se repentir de cette abstention, que cependant je ne conseille pas. J'ai eu un échec

complet, dès le 20e jour, chez une femme très nerveuse, qu'une rétro-déviation faisait souffrir beaucoup ; comme elle n'avait jamais pu supporter un pessaire, je ne lui en mis pas, et dès le huitième jour existait une légère amorce de récidive. Dans ce cas, j'avais eu soin, pourtant, de faire avec un catgut très résistant des sutures très complexes, très soignées. Je ne crois pas qu'elles se soient relâchées, mais je crois à un défaut de résistance du ligament rond,

J'objecterai à M. Lagrange que neuf mois ne suffisent pas pour parler de résultat définitif, car j'ai vu une femme où la cure, parfaite jusque-là, ne se démentit qu'au onzième mois.

M. Trélat. — D'après mes trente-huit opérations, je crois que les récidives rapides sont beaucoup plus fréquentes que les lointaines : dans le cours du premier mois elles sont au moins dessinées. Je les attribue, comme M. Terrillon, à la faiblesse du ligament et non au relâchement des sutures. Je fais en ce moment un petit nœud de ligature spéciale, que m'a enseigné M. Segond. J'ai abandonné tout pessaire et je me borne à un tampon vaginal très lâche ; mais pendant la traction sur le ligament je fais avec soin réduire et maintenir l'utérus, pour alléger l'effort. Je crois qu'il faut raccourcir les ligaments de 10 à 12 centimètres.

M. Bouilly. — Je demanderai à M. Terrillon quel était chez les deux malades l'état du plancher périnéal, car je crois que c'es très important pour les récidives et que souvent il faut combiner à l'opération d'Alexander la restauration du périnée et du vagin.

M. Trélat. — J'ai toujours conseillé cette association.

M. Schwartz. — Je pense comme M. Trélat, que passé trois mois la récidive est rare ; j'ajouterai que j'ai revu il y a une quinzaine de jours une de mes opérées d'il y a deux ans : elle est parfaitement guérie. C'était, il est vrai, un bon cas, avec réduction facile et périnée résistant. J'ai l'habitude de fixer le ligament à la soie, plus solide que le catgut.

M. Le Dentu. — J'ai fait trois fois l'opération d'Alexander, sur des femmes à périnée intact, et j'ai raccourci le ligament de 10 à 12 centimètres. Une de mes malades, chez laquelle j'avais fixé le ligament aux piliers par le procédé de Segond, a eu une récidive dans les deux mois. Chez les deux autres, où le résutat est excellent, j'avais suturé le ligament au périoste pubien. Est-ce une coïncidence? c'est possible ; mais à l'occasion je recommencerai.

M. Terrillon. — Pour les récidives, je penche vers l'opinion

de M. Bouilly, et mes deux malades avaient un mauvais périnée.

M. Brun communique à la Société une observation de **Kolpocystotomie** suivie de **néphrectomie** puis d'occlusion de la fistule vésico-vaginale (1). Guérison de la malade maintenue au bout de 2 ans. La malade n'a conservé de sa maladie passée que la nécessité de vider souvent, toutes les 2 heures, sa vessie restée trop petite.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 13 mars 1890.

Présentations : Schwartz. **Fibromyôme de la trompe utérine droite à son origine.** — Métrorrhagies et accidents nerveux. Laparotomie. Ablation. Réduction du pédicule. Guérison. Cette pièce, de la grosseur d'un œuf, provient d'une femme, âgée de 54 ans, encore menstruée et qui, indépendamment des métrorrhagies qu'elle présentait, était sujette à des crises hystéro-épileptiques. Les accidents disparurent consécutivement à l'opération.

Discussion : Bar rappelle que Sänger a publié un travail sur les fibromes migrateurs de l'utérus. Peut-être, la tumeur enlevée par Schwartz appartient-elle à cette catégorie de tumeurs rares?

Charpentier. **Œuf abortif,** âgé de 3 semaines environ, expulsé par une femme qui, déjà, avait mis au monde un enfant de 7 mois mort et macéré, et fait 2 fausses couches. Le mari était syphilitique. A la suite d'un traitement antisyphilitique des 2 conjoints, il y avait eu un enfant vivant, âgé actuellement de 4 ans. *Discussion :* Pajot, cite le cas d'une jeune femme qui avait eu 2 accouchements prématurés. Bien que l'existence de la syphilis ne fût pas démontrée, il conseilla un traitement antisyphilitique. 2 ans après, la femme mettait au monde un enfant, à terme, bien portant.

Porak. **Crâne de Nicolas Ferry, si connu sous le nom de Bébé, nain du roi de Pologne.** — Ce crâne présente des altérations multiples (déformation natiforme, lésions du conduit auditif externe, disparition partielle des alvéoles aux maxillaires, surtout à l'inférieur, etc.) altérations qui, d'après l'avis de Fournier, relèvent de la syphilis héréditaire. M. Porak se demande si le nanisme doit être rapporté à la même cause.

(1) La première partie de cette observation a été publiée dans la thèse de M. Hartmann, *Des cystites douloureuses*. Paris, Steinheil, 1887.

PORAK lit un mémoire de M. Dumas (de Ledignan) : **Diagnostic de la grossesse**, travail qui sera l'objet d'un rapport.

LOVIOT. 1) **Placenta prævia chez une primipare âgée. — Hémorrhagies répétées. — Rupture artificielle des membranes. — Version podalique bipolaire. — Mort par anémie vraie.** — 34 ans, primipare presque au terme de sa grossesse est prise, subitement, dans la nuit d'hémorrhagie. L'hémorrhagie qui se renouvelle à plusieurs reprises, est au début négligée. On n'a recours que trop tard au tamponnement. Aussi, à son arrivée, Loviot trouve-t-il la femme avec tous les signes des sujets qui ont perdu beaucoup de sang (pouls petit, fréquent, difficile à compter, hypothermie, respiration accélérée et suspirieuse...). L'hémorrhagie est arrêtée, la femme en travail, et le fœtus en O.I.G.T. Après avoir mis la femme en position obstétricale, Loviot enlève le tampon, et, comme la tête reste mobile au-dessus du détroit supérieur, il pratique après décollement partiel du placenta la version d'après la méthode de Braxton-Hicks, abaisse un pied, et, à cause de l'état désespéré de la femme, opère l'extraction du fœtus. Le placenta encore en grande partie adhérent, est laissé *in situ*. *Mort* 1/4 d'heure après environ, des suites de la perte de sang, bien que la dernière intervention n'en eût pas amené de nouvelle.

Discussion. GUÉNIOT. — En semblables conditions, la non intervention est aussi justifiée. Dans ces cas désespérés, le résultat est le même, qu'on intervienne ou non. A quoi bon intervenir ? PAJOT. Dans un cas semblable, il a fait tamponner la femme, et l'a laissée accoucher du tampon et de l'enfant. Elle est morte quand même. La question importante est d'être appelé à temps. En cas contraire, on dit à la famille : « *je vais tenter tout ce qu'il est possible de faire, pour sauver la malade ; mais je suis appelé trop tard* ».

2) **Thrombus du vagin pendant le travail chez une femme hémophile. — Embolie pulmonaire. — Guérison.** — X... 25 ans, secondipare. Accouchement à terme terminé par une application simple de forceps. Après l'écoulement des eaux, le médecin de la famille avait constaté la présence d'une tumeur vaginale, située à droite et en arrière par rapport au vagin. Délivrance normale. Mais, la malade s'étant un peu remuée et ayant perdu du sang, Loviot fut appelé. Il reconnut que la tumeur vaginale était un thrombus. *Prescription :* repos absolu, et soins antiseptiques. 25 jours après

l'accouchement, peu d'instants après une vive contrariété, la femme fut prise, d'une constriction présternale avec gêne respiratoire et sensation très pénible d'étouffement. Il venait de se produire une embolie, qui s'accompagna de signes nets de pleuro-pneumonie, lesquels s'amendèrent peu à peu. Quant au thrombus, qui avait diminué progressivement de volume, il n'en restait plus de traces 2 mois et 10 jours après l'accouchement.

3) **Infection pendant le travail. — Gros enfant, bassin rétréci, — Lavement électrique. — Mort par septicémie le 6e jour.** — X..... 26 ans, secondipare. Grossesse normale. Accouchement à terme. La dilatation étant incomplète, un premier médecin fait 13 ou 14 applications de forceps, sans prendre aucune précaution antiseptique. Un peu plus tard, le col étant suffisamment dilaté, un second médecin applique de nouveau le forceps. L'instrument ayant dérapé, M. Loviot est appelé. Il fait les constatations suivantes : orifice utérin mince, souple, dilatation presque complète, tête fœtale à la partie supérieure de l'excavation en O.I.G.A, bassin *rétréci*. Nouvelle application de forceps, et extraction d'un enfant volumineux, et mort. Délivrance artificielle, à cause d'une hémorrhagie. Injection intra-utérine avec de la liqueur de Van Swieten, étendue de 3 parties d'eau. Soins antiseptiques minutieux. Il survint de la gangrène superficielle de la vulve et du vagin, mais peu de réaction fébrile. Météorisme abdominal très accusé, et absence de garde-robes malgré les lavements glycérinés. On a recours à un *lavement électrique*, suivi au bout de quelques heures d'une debâcle liquide. Néanmoins la situation de l'accouchée empira, et bien que la température n'ait jamais dépassé 38°, elle succomba dès le 6e jour après l'accouchement. Loviot insiste sur ce fait qu'il s'agissait de météorisme par parésie toxique, infectieuse, de la fibre intestinale. Cela explique comment le lavement électrique qui donne de bons résultats dans la parésie intestinale, simple, de nature traumatique, est resté inefficace dans le cas actuel.

Discussion. CHARPENTIER. — L'électricité ne pouvait guère donner d'autre résultat. Il s'agissait certainement d'accidents septicémiques, résultats des applications réitérées du forceps, sans aucune précaution antiseptique. C'était en conséquence un cas favorable au curage. PAJOT, pense comme M. Charpentier, qu'il eût fallu curer l'utérus. Il cite un cas dans lequel, le curage lui permit de sauver la femme. LOVIOT fait remarquer, que si l'utérus

avait, au début, servi d'intermédiaire pour le passage des agents infectieux, il avait cessé d'être un foyer d'infection. Un lavage intra-utérin avait suffi à supprimer la légère fétidité des lochies. La matrice ne présentait rien d'anormal quant à son volume, à sa sensibilité et à ses sécrétions.

R. L.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 24 janvier 1890.

Présentations : LEVY. **Instrument pour les traitements intra-utérins.**

SAURENHAUS : *a*) **Myosarcome de l'utérus** enlevée par la myomotomie chez une femme âgée de 48 ans. La présence de la tumeur avait été remarquée quatre années auparavant par la femme qui depuis avait beaucoup maigri et était sujette à des souffrances très accusées; *b*) **Myôme de l'utérus**, provenant d'une femme de 50 ans, encore menstruée. Au cours de l'opération, ouverture de la vessie, et suture en étage au catgut. Poids de la tumeur, exsangue, 31 livres. Après l'opération, malgré l'emploi d'analeptiques, le pouls qui était déjà faible, devint de plus en plus misérable. I s'écoula du sang par le vagin et l'on reconnut la présence d'un hématome. Comme on disposait tout pour une seconde laparotomie, l'opérée succomba; *c*) **Lipome** du poids de 13 1/2 livres, développé aux dépens de la capsule adipeuse du rein droit. Le rein fut enlevé en même temps que la tumeur. Le premier jour après l'opération, l'urine excrétée s'éleva à 180 grammes le 1er jour, à 220 gr. le 2e jour et à 680 gr. le 3e.

ODEBRECHT : *a*) **Carcinome primitif du vagin**, enlevé sur une jeune fille, qui depuis 4 semaines perdait du sang. Le néoplasme, développé sur la paroi postérieure de l'organe, avait la largeur du canal et une longueur de 5 cent. Portion vaginale, culs-de-sac, parfaitement intacts. Opération assez laborieuse. En raison d'une hémorrhagie en nappe assez considérable, il fallut se hâter de tamponner la perte de substance déterminée par l'ablation du carcinome. Une semaine après, on enlevait un fragment de tissu dégénéré, de la grosseur d'un haricot, qui avait échappé lors de la 1re opération. Convalescence parfaite.

b) **Tumeur fibreuse**, développée aux dépens de la grande lèvre, de

la grosseur du poing, et qui fut enlevée en raison des accidents qu'elle causait exclusivement par son volume. *Guérison.*

CH. BOISLEUX (Paris). **Recherches bactériologiques sur les abcès pelviens, les salpingites suppurées et les abcès de l'ovaire.** — Les recherches ont porté sur 42 cas, dont 33 salpingites suppurées, 7 abcès pelviens et 2 péritonites tuberculeuses. L'expérimentation a été faite sous forme d'injections sous-cutanées, intra-abdominales, tantôt sous forme d'inoculations de fragments du tissu malade. A la suite des inoculations, les animaux sont morts 11 fois dans les 30 salpingites purulentes, 9 fois dans les abcès pelviens, 2 fois dans les 2 péritonites tuberculeuses. Après chaque opération, il fut fait des préparations avec du pus étendu sur des lamelles, et des ensemencements sur des plaques d'agar-agar et de gélatine. L'auteur a réussi à isoler 3 espèees d'organismes qui, d'après leurs caractères, diffèrent un peu des formes connues jusqu'ici des microbes de la suppuration. En résumé, sur les 42 cas, il fut constaté 19 fois des microbes virulents, parmi lesquels il s'agissait trois fois du bacille tuberculeux. Se basant sur des résultats qu'il a obtenus, l'auteur insiste sur la nécessité qu'il y a à réaliser une antisepsie rigoureuse dans les opérations en question. Il complète sa communication, par la démonstration de nombreuses cultures et de nombreuses préparations microscopiques.

BENICKE. **Prolapsus de la muqueuse de l'urèthre chez des jeunes filles.** — L'auteur cite 3 observations : 1) petite fille de 11 ans ; prolapsus modéré guéri par l'emploi du fer rouge ; 2) enfant de 10 ans, très forte ; dilatation accusée de l'urèthre et prolapsus très marqué. Guérison obtenue au moyen d'une suture sans avivement préalable ; 3) fille de 10 ans, prolapsus très accusé contre lequel il fallut recourir à l'ablation de la muqueuse prolabée, suivie de la réunion des bords de la plaie au moyen du catgut. Le symptôme dominant dans ces 3 cas avait été des hémorrhagies.

Discussion. C. RUGE a observé un cas analogue, chez une petite fille de 7-8 ans. Ayant examiné la tumeur, enlevée par simple excision, il constata qu'elle était essentiellement formée de vaisseaux très développés, très rapprochés les uns des autres (tumeur vasculaire). Il ne faut pas confondre ces tumeurs qui se rencontrent à tout âge, avec celles qu'on désigne sous le nom de fongosités de l'urèthre. MARTIN n'a jamais observé ces tumeurs chez des sujets aussi jeunes ; mais il les a rencontrées chez des sujets plus âgés ; Elles sont de la nature des angiomes. R. L.

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Séance du 23 mars 1890.

Élections : HUBERT (Louvain), président. VAN CAUWENBERGHE (Gand), vice-président. FRAIPONT et JACOBS, secrétaires.

C. JACOBS. **Onze cas de salpingectomie pour salpingite et salpingo-ovarite.** — L'auteur ne croit pas à la guérison spontanée de la salpingite. Toutes les malades qu'il a opérées avaient été antérieurement soumises aux divers traitements seuls mis en œuvre autrefois (traitement de la métrite, de la déviation, de la pelvi-péritonite par des vésicatoires, des sangsues sur le bas-ventre, des lavements divers, avec administration à l'intérieur d'opiacés, etc.). Sur les onze observations, il y avait 2 pyosalpingites unilatérales, 3 hydrosalpingites unilatérales, 6 ovarosalpingites chroniques, dont 3 seulement bilatérales.

Aussi, dans presque tous les cas, l'intervention a-t-elle été bornée à un seul côté. 10 guérisons, 1 décès par obstruction intestinale.

DELÉTREZ. **Contribution à l'étude du traitement de l'endométrite.** — Sur 25 malades Delétrez a suivi scrupuleusement le traitement de Dumontpallier (1). 15 ont été suivies; 3 seulement ont guéri. Des 12 autres, 7 n'ont plus voulu se soumettre à aucune opération ; 5 ont guéri définitivement par le curettage suivi d'injection iodée.

3 fois la menstruation a été très douloureuse après ces cautérisations, une fois il y a eu de la salpingo-ovarite, une fois de l'atrésie du col. Sur 7 observations de Jacobs il n'y a eu qu'une guérison malgré l'expulsion complète de l'eschare en une fois.

Enfin on n'a encore vu que peu de femmes devenir enceintes après le traitement de Dumontpallier; le curettage semble donc jusqu'ici notablement supérieur à cette nouvelle méthode de traitement.

P. BOCK. **Du traitement de l'endométrite chronique par la pâte de Canquoin.** — La cautérisation avec la pâte de Canquoin a l'avantage de produire une eschare profonde de 2 à 5 millim. d'épaisseur comprenant toute la muqueuse utérine, tandis qu'avec la curette on n'est jamais certain d'enlever toutes les parties mala-

(1) Voir *Ann. de gynéc.*, 1889, t. II, p. 56.

des. 28 observations personnelles permettent à l'auteur de poser les conclusions suivantes :

1° La cautérisation par la pâte de Canquoin est inoffensive, peu douloureuse en général et sans danger.

2° Elle est indiquée dans tous les cas d'endométrite chronique simple, surtout dans la blennorrhagique.

3° Les inflammations chroniques et subaiguës des annexes ne sont pas une contre-indication.

4° Il faut surveiller attentivement la reproduction de la muqueuse : un traitement consécutif (lavages antiseptiques, injections intra-utérines de teinture d'iode, nitrate d'argent, etc.) suffisamment prolongé est indispensable.

5° L'emploi de crayons d'iodoforme est le meilleur moyen d'empêcher une atrésie cervicale éventuelle.

S. Frédéricq. **Traitement de l'endométrite chronique.** — Dans l'endométrite catarrhale il faut dilater le col et débarrasser la cavité utérine des produits de sécrétion par une irrigation intra-utérine avec la sonde de Breus ou mieux avec de petits tampons montés ou même avec l'écouvillon, puis introduire des mèches de gaze à l'iodoforme imbibées d'un glycérolé de créosote (1 de créosote, 2 de glycérine).

Dans l'endométrite hémorrhagique, le curettage fait merveille. L'auteur le décrit d'après Van Cauwenberghe de Gand qui le fait suivre d'un écouvillonnage avec un instrument imprégné de glycérine créosotée et d'un lavage de la cavité utérine avec de la teinture d'iode. Le traitement consécutif, de 2 à 3 semaines de durée, consiste en injections intra-utérines de teinture d'iode tous les 3 jours. On suivra le même traitement dans l'endométrite exfoliative. L'endométrite tuberculeuse sera traitée par le curettage suivi d'un écouvillonnage avec un glycérolé au sublimé à 1 0/00.

Lebon. **Étude sur la périnéorrhaphie.** — L'accoucheur doit toujours pratiquer la périnéorrhaphie immédiate commençant par fermer le rectum par quelques points séparés puis terminant par un surjet continu et à étages. Le catgut laissé pendant 15 jours dans l'essence éthérée de bois de genévrier puis conservé dans

Alcool.....	1000
Sublimé................................	1
Glycérine................................	100

constitue un fil souple, solide, excellent pour ces sutures. Panse-

ment iodoformé. Purgatif le 4e jour, puis lavement tous les jours.

Contre les déchirures anciennes, Lebon décrit successivement le procédé d'Hégar, celui d'Emmet, celui de Lawson Tait, donnant la préférence à ce dernier qui est facile, rapide, et donne d'excellents résultats. Suivent 14 cas opérés par C. Jacobs, 12 par le procédé de Tait, 2 par celui d'Emmet.

ROUFFART. — 2 pièces, une d'**utérus bicornis duplex**, une de **métrite et de salpingite tuberculeuse.**

REVUE ANALYTIQUE

I. — PÉRINÉE. — DÉCHIRURES DU PÉRINÉE. — PÉRINÉORRHAPHIE

Contribution à l'anatomie du plancher pelvien. (A contribution to the anatomy of the pelvic floor), par Ernest HERMANN. *Trans. of the obstetr. Soc. of London*, 1889, t. XXXI, p. 263.

Les mensurations faites par Hermann lui ont montré de grandes variations dans la conformation normale des parties qui constituent le plancher pelvien. Chez une multipare saine la distance du coccyx à l'anus, la longueur du périnée, la distance de la fourchette à la symphyse du pubis, les dimensions du vagin sont sujettes à de grandes variations. Aussi ne peut-on, en présence d'une particularité observée chez une ancienne accouchée, dire qu'elle dérive de l'accouchement antérieur, si l'on ne s'est pas assuré qu'elle manquait avant la grossesse. En terminant, l'auteur fait ressortir l'importance clinique de ces données anatomiques au point de vue de la rupture du périnée et du prolapsus, de la pose des pessaires, enfin de certaines formes de stérilité.

H. H.

Études sur le releveur de l'anus. (Studies on the Levator ani muscle), par Rob. L. DICKINSON (de Brooklyn). *Am. J. of obst.*, 1889, p. 897.

On considère communément le releveur de l'anus comme un entonnoir musculeux, destiné à tirer l'anus en avant après la défécation. « C'est absolument le contraire de la vérité ». Ce muscle ressemble plutôt à un fer à cheval, attaché au pubis en avant, et encerclant, comme un collier, le rectum et le vagin. Chez la

femme, il attire en avant le bas du rectum et du vagin. Pour Luschka, c'est le « diaphragme du bassin ». Il a moins à soulever chez la femme que chez l'homme, parce que le bassin féminin est moins profond.

Il s'insère principalement sur la branche horizontale du pubis : en avant les deux moitiés ne se rejoignent pas; l'une et l'autre s'insèrent à 1 c. 25 du milieu de la symphyse. Il se divise en deux parties : l'une passe en avant du rectum, l'autre gagne les côtés et la partie postérieure du canal.

L'auteur donne 19 figures, représentant ee muscle important, et les inconvénients de sa déchirure. Quelques-unes de ces figures sont empruntées à Luschka. Hart, Skene et Varnier. Plusieurs sont originales.

A. CORDES.

De certaines déchirures du périnée et de leur traitement. P. PUECH. *Montpellier médical*, août 1889, p. 149.

D'une étude sur les déchirures du périnée, l'auteur émet les conclusions suivantes :

La classification des déchirures du périnée admise ordinairement est insuffisante. De par le mode de leur évolution ultérieure, de par les conséquences différentes pour chacune d'elles qui résultent de leur non réparation, de par leur traitement, il y a lieu de distinguer trois variétés de déchirure du périnée : les déchirures incomplètes les déchirures complètes, les déchirures compliquées.

Les déchirures complètes sont celles dans lesquelles le périnée est divisé de la commissure postérieure de la vulve à l'anus : ce dernier et la cloison recto-vaginale étant respectés.

Les déchirures complètes sont dans quelques cas susceptibles de guérison spontanée. Le plus souvent cette guérison ne s'effectue pas ; d'où des inconvénients pour la femme.

L'accoucheur devra donc peu compter sur cette marche naturelle du périnée complètement déchiré vers la réparation. L'intervention et l'intervention immédiate sera sa règle de conduite dans les déchirures complètes du périnée.

Cette intervention consiste en la mise au contact, immédiatement après la délivrance, des lèvres de la plaie périnéale au moyen de quelques serres-fines ou de quelques points de suture. L'observation rigoureuse des règles de l'antisepsie devra entrer pour une grande part dans le succès de l'emploi de ces différents moyens.

Par eux sont évités pour plus tard une opération et les chances toujours plus incertaines d'une périnéorrhaphie.

P. MAUCLAIRE.

Périnéorrhaphie immédiate après l'accouchement. (Immediate restoratio of the Perineum after labor), par Arch. MC LAREN (de Minnesoti). *Am. J. of obst.*, 1889, p. 937.

Les déchirures du périnée sont parfois inévitables.

Les incisions (*episiotomy*) ne suffisent pas toujours à empêcher la déchirure; car celle-ci débute souvent par le haut du périnée.

Quand on écarte les cuisses d'une femme on voit que les grandes lèvres s'écartent peu, et les petites lèvres point. Il est donc inutile pour favoriser la réunion des déchirures du périnée de tenir les cuisses rapprochées, et les sutures profondes ne sont pas aussi nécessaires qu'on le croit, les sutures ne doivent pas exercer de pression sur les lèvres de la plaie. Cela est vrai aussi pour la périnéorrhaphie secondaire, pourvu qu'on n'ait pas descendu trop loin et qu'on ne cherche pas à rapprocher des surfaces qui n'ont jamais été en contact.

Les sutures métalliques n'ont leur place que dans le périnée.

A. CORDES.

La périnéorrhaphie d'après la méthode de L. Tait. (Tait's flap operation for lacerated perineum), par NEIL MACPHALTER (de Denser, Colorado). *Amer. J. of Obst.*, novembre 1889, p. 1146.

L'auteur regarde cette méthode comme étant la méthode *par excellence* (en français dans le texte), et il déclare qu'il est inutile d'y faire des modifications qui ne font que la compliquer, ou de refaire l'anatomie du périnée, en s'occupant de la rupture de tel ou tel muscle.

Elle est très rapide, et ne dure guère que de 4 à 6 minutes; Macphalter l'a vu faire en *une minute et demie*. Dans ses mains, elle a toujours réussi.

Lorsque le sphincter anal n'est pas intéressé, l'incision doit partir du centre de la déchirure. De ce point, on conduit les ciseaux, en dehors et en haut, suivant une courbe entre la peau et la muqueuse de la lèvre dans une longueur de 26 à 32 millim.

On fait de même de l'autre côté, de sorte que l'incision a, non la forme d'une H, ou d'un parallélogramme incomplet, mais celle d'un grand U, large.

Si le sphincter est rompu, on doit faire, en arrière de la première incision une autre incision opposée, de façon à obtenir la forme de deux U, opposés par leur base mais dont l'inférieur est très court, ses jambages n'ayant que 3 millim.

L'avivement fait comme il a été dit, on passe une longue aiguille emmanchée à la partie inférieure de la surface cruentée, aussi près que possible du bord de la peau, pour la faire sortir au point correspondant de l'autre côté (la figure, dans laquelle on voit la partie de l'aiguille comprise entre les deux points extrêmes; montre que l'aiguille ne chemine pas dans les tissus).

L'aiguille, munie d'un crin de Florence (1), est retirée, et on lie solidement.

Cette opération se fait parfois pour le prolapsus, dans ce cas, on prolonge l'avivement un peu plus profondément.

L'auteur ne connait pas de cas où le périnée, ainsi refait, ait cédé dans un accouchement subséquent.

A. C.

Mon expérience de la périnéorrhaphie par le procédé à lambeau. (My experience with the flap splitting operation for lacerated perineum), P. F. MUNDÉ de New-York. *Am. Journ. of Obst.*, juillet 1889, p. 673.

Excellente monographie très courte sur l'opération de Lawson Tait. Des figures coloriées rendent la description très claire. Sans les planches, elle serait difficilement intelligible.

Mundé emploie le crin de Florence pour les sutures.

L'opération est rapide, elle ne prend pas plus de 1/4 d'heure ; elle a réussi 16 fois sur 17, entre les mains de Mundé.

A. C.

Périnéorrhaphie, méthode de L. Tait. (On perineorrhaphy by the method of Lawson Tait), par FANCOURT BARNES, médecin de l'hôpital de Chelsea, Senior medicin du British Lying hospital. *Brit. Gyn. Journ.*, août 1889, p. 216.

Barnes a eu 11 cas de succès , sur 11 opérations. Sp. Wells a constaté que cette méthode représente un perfectionnement considérable sur les anciennes méthodes.

A. C.

(1) D'autres gynécologistes, entre autres F. Barnes, préfèrent le fil d'argent qu'ils arrêtent au moyen d'un plomb percé, écrasé sur le fil. (A. Cordes).

II. — PROLAPSUS GÉNITAUX. — DÉVIATIONS UTÉRINES

Étude sur les prolapsus génitaux, par S. DUPLAY et CHAPUT. *Arch. de méd.*, 1889, I, 641 et II, 48.

Les dissections de 37 vieilles femmes et l'examen clinique de 31 autres ont conduit les auteurs aux conclusions suivantes :

Il existe des faits rares de chute par augmentation de poids de l'utérus ou par insuffisance de ses ligaments. Mais la grande majorité des prolapsus dépend d'un agrandissement de l'orifice vulvaire avec ou sans déchirure du périnée. La paroi vaginale antérieure, manquant de soutien, tombe, puis l'utérus suit.

La rectocèle est en rapport avec une vulve énorme ou un périnée très petit.

La cystocèle isolée s'explique par la conservation de la force des ligaments utéro-sacrés.

Les faits d'hypertrophie sus-vaginale sont le résultat d'un manque de soutien du plancher pelvien, sollicitant à descendre un utérus que maintiennent encore solidement des ligaments sacrés.

H. H.

Des changements du plancher pelvien dans les légers degrés de prolapsus. (On the changes in the pelvic floor, which accompany the slighter degrees of prolapse), par G. ERNEST HERMAN, in *Trans. of the obstetr. Soc. of London*, 1889, t. XXXI, p. 276.

L'auteur décrit l'abaissement normal du plancher pelvien qui se produit pendant l'effort, et qui, par son accroissement morbide, arrive à constituer le prolapsus. Cet abaissement résulte de l'élongation antéro-postérieure de la portion sacrée du périnée combinée à un déplacement en bas et en arrière des parties qui avoisinent la symphyse. Cet abaissement normal du périnée s'accompagne d'une légère descente de l'utérus dans le vagin ; lorsqu'il s'est accru et qu'il existe pathologiquement il peut s'accompagner de protrusion des parties antérieures du plancher pelvien, de rétro-déviation utérine, etc. Les symptômes fonctionnels, bien que liés d'une manière indéniable au déplacement (le traitement mécanique les soulage), présentent cependant une grande variabilité, plus en rapport avec l'état nerveux de la malade qu'avec le degré des désordres mécaniques.

H. H.

Hernies vaginales. (The vagina as a hernial canal), par R. DICKINSON de Lay Island. *Am. J. of obst.*, juillet 1889, p. 692.

L'auteur divise le plancher pelvien en 2 segments, le segment pubien, *anté-vaginal* qui renferme la vessie, et le segment sacré ou post-vaginal, renfermant la paroi vaginale postérieure, le rectum, etc. Au niveau de la partie supéro-postérieure du segment antérieur et de la partie inféro-antérieure du segment sacré l'auteur trouve un point faible, une ouverture virtuelle, qui peut donner passage à quelque organe.

Dickinson compare le canal vaginal au canal inguinal, et signale les différences qu'ils présentent entre eux.

Cette monographie, de 5 pages renferme 3 figures nécessaires à l'intelligence du texte.

A. C.

La meilleure opération pour la cystocèle et la rectocèle. (The best operation for cystocele and rectocele), par P. F. MUNDÉ *Am. Journ. of Obst.*, mars 1890, p. 268.

Mundé fait l'avivement de la partie saillante dans le vagin, puis fait une suture en cordon de l'avivement, et repousse dans la vessie la paroi vaginale et serre la suture qui est faite avec de la soie forte. Il fait sonder l'opérée toutes les 4 heures, et enlève la suture entre le 8e et le 10e jour. Voilà pour la cystocèle.

Pour la rectocèle, il fait un avivement losangiforme dont les bords inférieurs touchent les lèvres, et fait sur la ligne médiane, d'avant en arrière, une suture continue avec du catgut. Le périnée est cousu avec du wormgut. Le fil de wormgut est enlevé du 7e au 10e jour.

Mundé prend, cela va sans dire, des précautions antiseptiques minutieuses.

A. C.

Traitement de la cystocèle par la suspension inguinale de la vessie, colpo-cystorrhaphie. (The cure of cystocele by inguinal suspension of the bladder; colpo-cystorrhaphy). par HENRY T. BYFORD. in *Amer. J. of obstr.*, N.-Y., février 1890, p. 152.

De même que pour l'abaissement de l'utérus il faut combiner l'opération d'Alexander à des opérations plastiques sur le périnée, de même, dans les cas de cystocèle il faut combiner à ces dernières la suspension inguinale de la vessie. Chez une première malade, Byford combine une colpo-périnéorrhaphie postérieure à

une opération d'Alexander et à la cystorrhaphie inguinale. Par une incision de la paroi postérieure du canal inguinal, il avait été chercher à travers le tissu rétro-pubien la tunique fibreuse du vagin sur les parties latérales de l'urèthre et l'avait fixée au canal inguinal.

Récidive attribuable à une fixation insuffisante.

Chez une deuxième malade, la fixation unilatérale fut suffisante et le résultat se maintenait au bout de plusieurs mois.

H. H.

La stérilité et la dysménorrhée causées par les flexions; leur traitement. (Sterility and dysmenorrhea caused by flexion; their treatment), par R. B. Talbot, de New-York (*Am. J. of. Obst.*, janvier 1890, p. 37.

L'auteur raconte 4 cas empruntés à sa clientèle, et formule les conclusions suivantes :

1° Choisir soigneusement les cas à opérer.

2° Calmer toute inflammation, avant d'intervenir.

3° Dilater lentement au début; mais dilater largement, pour donner une issue facile aux débris de tissus.

4° Placer un pessaire à demeure pendant quelques mois après la dilatation.

5° Ne tolérer le coït qu'après les premières règles qui suivent la fin du traitement.

6° Quand le traitement est terminé, ne plus passer la sonde.

7° Dire à la malade qu'elle doit attendre la restauration complète de la muqueuse, quelques mois peut-être, avant d'espérer une grossesse.

8° Lorsque cela est possible, exiger un changement d'air et de lieux.

A. C.

Des relations pathologiques des déplacements utérins. (On the pathological relationships of uterine displacements, par G. Ernest Herman, in *The British med. Journ.*, 1889, t. I, p. 1213.

Parmi les états décrits comme déplacements utérins, il y en a qui à proprement parler ne sont pas pathologiques; telles les flexions d'un utérus qui a conservé sa mobilité, et l'épaisseur normale de ses parois; il y en a d'autres qui sont produits par des tumeurs, par des adhérences et qui sont subordonnés à la lésion qui les a produits.

Parmi les cas, où le déplacement utérin est le point capital de l'affection, les uns sont comparables aux hernies; ils dépendent d'un état anatomique spécial, ont des symptômes locaux et doivent être traités par des moyens mécaniques. Les autres sont constitués par des déplacements très minimes mais s'accompagnent d'une grosse manifestation symptomatique ; ils sont liés à un affaiblissement et à une distension de l'appareil musculaire et ligamenteux qui soutient l'utérus. Cet état est lié à une certaine débilité générale, qui produit encore la scoliose, le genu valgum, le pied plat, la faiblesse de la vue par hypermétropie, etc. On peut le traiter avec succès sans recourir aux moyens mécaniques qui agissent sur l'utérus, bien que le soutien mécanique de l'utérus soulage souvent. Les symptômes ne sont pas dus au léger déplacement, mais à la distension de tissus sensibles. La faiblesse et la sensibilité des tissus est déterminée par une sorte d'épuisement général; aussi les symptômes disparaissent-ils par le traitement de celui-ci alors même que le déplacement n'a été nullement modifié. L'épuisement nerveux qui les produit survient souvent à la suite des fatigues d'une grossesse mais il peut être déterminé par de toutes autres causes; aussi doit-on conseiller aux familles de ne pas négliger dès l'enfance les exercices physiques qui assurent un développement complet des organes.

H. H.

Avortements répétés dans les cas de flexion intense de l'utérus. (Repeated abortions in cases of acute uterine flexion : an illustrative case), par GRAILY HEWITT; in *The Lancet*, Lond., 1889. T. I, p. 9.

Il s'agit d'une femme de 33 ans, mariée depuis trois ans, et ayant fait successivement trois fausses couches, la première quelques temps après son mariage, les deux autres au huitième et au troisième mois. Après ce troisième avortement un examen soigné de l'utérus permet de constater des phénomènes de métrite avec antéflexion prononcée. On dilate graduellement la cavité utérine et on applique un pessaire qui est conservé six mois. L'état s'améliore, la paroi antérieure de l'utérus indurée et retractée a gagné en souplesse et en longueur. On met un nouveau pessaire et cinq mois après survient une nouvelle grossesse. Au bout de deux mois un léger écoulement fait craindre un nouvel avortement.

L'utérus est projeté en avant et couché derrière la face postérieure du pubis gauche contre laquelle son fond vient buter.

Un pessaire, le repos au lit dans le décubitus dorsal, de grandes précautions, et enfin des pressions douces et répétées exercées avec le doigt sur la face antérieure de l'utérus de manière à le relever et à lui permettre de franchir le détroit supérieur, permettent de mener la grossesse à bonne fin.

L'auteur conclut de cette observation qu'une antéflexion prononcée avec rétraction de la paroi antérieure de l'utérus est une cause d'avortement, parce que l'utérus vient s'arc-bouter contre le pubis et ne peut pas sortir librement du petit bassin ; d'autant plus que des adhérences pathologiques viennent souvent s'opposer à son redressement. Il faudra donc agir par tous les moyens possibles, position horizontale, pessaire, pression directe avec le doigt pour permettre à l'utérus de faire saillie dans le grand bassin. La rétroflexion serait d'ailleurs justiciable du même traitement.

J. L. Faure.

Quelques cas de névroses réflexes causées par les déviations utérines. (Alguns casos de nevroses reflexas devidas a desvios uterinos), par A. Pacifico Pereira. *Gazeta med. da Bahia*, août 1889, p. 49.

Pereira communique à la Société de médecine de Bahia quelques cas de névroses réflexes dues à des déplacements utérins et qu'il guérit par le redressement de l'utérus.

Les observations portent sur 4 femmes blanches, multipares âgées de 26 à 38 ans.

Dans un cas il vit disparaître en moins d'un mois de violentes gastralgies et des vomissements rebelles en corrigeant une antéversion utérine par le pessaire de Thomas.

Ce traitement fut aussi efficace dans des conditions analogues chez une malade atteinte de vertiges et de vomissements très tenaces. Enfin le redressement de l'utérus en rétroversion (pessaire de Hodge) chez deux autres femmes amena, chez l'une la guérison d'une toux convulsive en 4 mois et fit cesser chez l'autre des accès hystéro-épileptiformes en moins de 3 mois.

Bensaude.

Prolapsus utérin ; hypertrophie de la portion sus-vaginale du col avec une observation. (Prolapse of the womb, with especial refe-

rence to the « so called » hypertrophic elongation of the supra-vaginal portion of the cervix, with report of a case), par Lewis H. Adler, in *Medical News*, 3 août 1889, p. 121.

Cet article contient la description de trois variétés de prolapsus utérin : l'abaissement simple dû au relâchement des moyens de fixité et qui peut guérir par l'emploi d'un pessaire; si ce moyen est insuffisant ou si le prolapsus s'accompagne d'une déchirure périnéale, une opération s'impose.

Le prolapsus dû à l'hypertrophie de la portion sous-vaginale ou à une nutrition exagérée de cette partie de l'organe mais qui pour Emmet est toujours consécutif à une déchirure : la seule thérapeutique à lui opposer est une intervention chirurgicale.

Enfin le prolapsus dû à l'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col, si certains gynécologistes croient que cet allongement a pour siège la portion sus-vaginale, pour l'auteur au contraire cette hypertrophie se produirait dans le corps et au niveau de l'isthme et abaisserait ainsi l'orifice cervical quand l'utérus n'est fléchi ni en avant ni en arrière.

P. Noguès.

Traitement opératoire du prolapsus utérin. (Sulla cura operativa des prolasso dell'utero), Guzzoni. *Annali di Ostetr. e Ginec.* Milano, 1890, p. 53.

D'un grand nombre d'opérations qu'il a pratiquées l'auteur conclut que la colporrhaphie médiane (cloisonnement du vagin, élitrorraphie médiane) donne de meilleurs résultats (11 0/0 de récidives) que la colpopérinéorrhaphie (31 0/0 de récidives). Néanmoins chez les femmes en pleine activité sexuelle Guzzoni donne la préférence à la colpopérinéorrhaphie.

P. Mauclaire.

Opération de Le Fort pour la chute complète de l'utérus, relation d'un cas. (Le Fort's operation for complete procidentia of the uterus, with a report of a case), par Charles E. Taft. *The Americ. J. of the med. sc.* Philad., 1889, t. XCVIII, p. 128.

Taft pense qu'avant la ménopause la combinaison d'une double colporrhaphie, antérieure et postérieure, avec une opération d'Alexander donne de bons résultats, mais, pour lui, après la ménopause, aucune opération ne vaut celle de Le Fort. Il ne croit pas l'hystérorrhaphie suffisante pour soutenir l'utérus, pour peu que

celui-ci soit volumineux ou que l'on n'ait pas, en même temps, pratiqué une colporrhaphie postérieure étendue.

H. H.

Remarques sur la méthode de la fixation vaginale dans la rétroflexion et le prolapsus de la matrice. (Bemerkungen über die Methode der vaginale Fixation bei Retroflexio und Prolapsus uteri), SCUUCKING. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 8, p. 123.

Le procédé de l'auteur est connu. Le corps de la matrice est fixé en avant, par un fil qui, introduit à travers la cavité utérine, traverse la paroi antérieure de l'organe, celle du vagin, ressort dans la cavité de ce conduit, où il est lié avec l'autre chef. Les cas dans lesquels il a été appliqué sont à l'heure actuelle au nombre de 62. Mais 20 doivent être mis de côté en tant qu'éléments d'appréciation, parce qu'ils datent d'une époque où la méthode présentait certaines défectuosités. Ainsi, le fil était enlevé trop tôt. De plus, on n'avait pas recours à l'application d'un pessaire pendant les jours qui suivent l'opération.

L'auteur est aujourd'hui d'avis qu'il ne faut pas enlever le fil avant la 8e ou la 10e semaine, et que l'application du pessaire est nécessaire. Or, *sur* 43 *cas qui ont été opérés avec ces précautions, on n'a pas eu à enregistrer un seul échec.*

R. L.

Traitement chirurgical des déplacements de l'utérus en arrière. (The surgical treatment of backward displacements of the uterus), par CHARLES STRONG, *Boston med. and surg. Journal*, 17 octobre 1889, vol. CXXI, p. 381.

Des résultats de sa propre pratique l'auteur déduit les règles suivantes : être sûr que le déplacement est la véritable cause des accidents ; bien distinguer les déplacements dans lesquels l'utérus est libre de toute connexion et ceux qui s'accompagnent d'adhérences entre l'utérus et la paroi pelvienne ou les viscères adjacents.

Il existe quatre opérations pour ramener et fixer en avant l'utérus une fois libéré de ses adhérences : l'opération d'Alexander-Adams, l'opération de Wiley (raccourcissement des ligaments ronds dans la cavité abdominale), l'opération qui consiste a fixer l'utérus à la paroi antérieure de l'abdomen, et enfin l'opération de Schucking (fixation de l'utérus à la paroi antérieure du petit bassin). L'auteur donne la préférence à la première cependant,

dans les cas ou une autre affection concomitante nécessite l'ouverture du ventre, il réclame l'opération de Wiley.

Il rapporte trois observations de laparotomie dans lesquelles on a eu en vue de libérer l'utérus retrofléchi de ses adhérences et de le fixer à la paroi antérieure de l'abdomen. Les résultats obtenus peuvent s'écrire de la manière suivante ; un succès complet au bout de sept mois, un demi-succès et un échec absolu.

P. Noguès.

Deux cas de rétroflexion guéris par la fixation vaginale d'après le procédé de Schücking. (Zwei Fälle von Retroflexio uteri, geheilt durch vaginale Fixation nach Schücking), Tampke. *Cent. f. Gyn.*, 1890 nº 8, p. 126.

1)... 52 ans, depuis plusieurs années *prolapsus de la paroi antérieure du vagin et rétroflexion utérine.* Douleurs considérables, au point de rendre la marche impossible. Echec des moyens ordinaires, inefficacité des pessaires, *fixation vaginale* d'après le procédé de Schücking. Quelques douleurs vésicales et altérations de l'urine. Le fil fixateur est enlevé six semaines après l'opération, les douleurs vésicales cessent et l'urine redevient normale. *La matrice est en bonne situation et le prolapsus du vagin a disparu.* — 2)... 23 ans, depuis 7 ans douleurs dans la région sacrée et troubles nerveux accusés, associés à une rétroflexion de l'utérus. Les moyens habituels échouent, les pessaires ne sont plus supportés. Opération d'après la méthode de Schücking, en septembre 1888. Au bout de 24 heures, une hémorrhagie utérine oblige à enlever la ligature. La rétroflexion se reproduit. En août 1889, l'opération est faite, pour la seconde fois, par Schücking. Enlèvement du fil quelques semaines après l'intervention. *La rétroflexion n'existe plus.*

R. L.

Sur les relations des rétrodéviations utérines et de la grossesse. A. Martin. *Deutsche med. Woch.*, 1889, nº 39, p. 797.

L'auteur a observé en 12 ans et demi 121 cas de rétroflexion de l'utérus gravide sur 24.000 malades gynécologiques; chez 27 de ces femmes cette grossesse était la première et il s'agissait de rétroflexion congénitale. Des 94 autres, qui n'en étaient pas à leur première grossesse on ne peut dire dans quelle proportion la rétrodéviation est congénitale ou acquise. En tout cas, Martin affirme que la rétroflexion (même au 3e degré de Winckel) n'est

pas en soi une cause de stérilité. A ce point de vue c'est des lésions de la muqueuse qu'il faut tenir compte bien plus que de l'anomalie de position. Reste à se demander comment évolue la grossesse. Or des 121 malades, 97 sont parvenues à terme après une réduction facile, en général maintenue par un pessaire de Hodge.

Martin pense que bon nombre de grossesses de ces utérus rétro déviés sont méconnues, la réduction s'effectuant spontanément. Quand il y a des accidents, la dysurie est le premier symptôme : elle permet un diagnostic précoce et à cette période la réduction est presque toujours facile. Si on a laissé à l'enclavement le temps de se produire, même alors il faut tenter la réduction, et seulement quand elle a échoué se résoudre à l'avortement provoqué ou même à l'hystérotomie.

A. Broca.

Du traitement chirurgical de l'utérus rétrofléchi. (Ueber Behandlung der retrofleklirten uterus). Frommel. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 6, p. 94.

L'auteur revient sur un procédé qu'il a fait connaître au congrès de gynécologie, tenu à Fribourg. Ce procédé est basé sur cette notion, mise en lumière surtout par Schultze, que les ligaments utéro-sacrés jouent le principal rôle dans le maintien de l'utérus dans sa situation normale, et que leur état de relâchement contribue essentiellement à produire une rétro-déviation persistante. Le but était de remettre ces ligaments dans un état de tension, et par suite, de leur permettre de remplir leur fonction physiologique. A cet effet, l'auteur, après laparotomie préalable et après avoir débarrassé l'utérus de ses adhérences, pique avec une aiguille les ligaments recto-utérins près du point où ils quittent la matrice, et les suture au péritoine de la paroi latérale du bassin. Le siège de la suture à la paroi pelvienne variera de hauteur suivant le degré de relâchement. L'opération devient aisée, si l'on a soin de relever fortement le siège de la malade.

Elle a cet avantage important sur la ventro-fixation, que l'utérus reste mobile, et qu'il peut se prêter aux déplacements nombreux en rapport avec l'état de plénitude ou de vacuité de la vessie. Chez la malade qu'il a opérée de cette manière, Frommel a pu constater un an après son intervation, que l'utérus se maintenait toujours dans sa situation normale. Toutefois, il affirme de nouveau que d'après lui, le traitement chirurgical de l'utérus

rétrofléchi doit rester d'une application exceptionnelle, et qu'on n'y doit recourir qu'après l'échec des autres méthodes thérapeutiques.

R. L.

Fixation de la paroi antérieure de l'utérus à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure dans le traitement du prolapsus utérin, par F. TERRIER. In *Revue de chirurgie*, 1889, p. 185.

Dans deux cas, M. F. Terrier a fixé avec succès l'utérus prolabé à la face postérieure de la paroi abdominale. Par une incision faite sur la ligne blanche il attire l'utérus contre la face postérieure de la paroi et l'y fixe par une série de sutures au catgut comprenant toute la paroi antérieure de l'utérus depuis l'isthme jusqu'au fond. Dans un des deux cas, l'opération permit d'enlever en même temps la trompe et l'ovaire kystiques; dans les deux le résultat fut excellent.

H. H.

Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin (nouveau traitement chirurgical de la chute de l'utérus), par PAUL DUMORET, *Thèse Paris*, 1889.

Cette thèse constitue le seul travail complet sur la question. L'auteur a adopté le mot de *laparo-hystéropexie* comme plus exact et moins barbare que les dénominations proposées jusqu'à ce jour. On trouve dans ce travail, l'exposé complet de toutes les opérations destinées à la fixation de l'utérus; mais peut-être l'ouvrage eût il gagné en clarté si la division eût été plus nette entre les procédés opératoires employés dans le cas de rétroflexion et les procédés employés dans le cas de prolapsus. Ces derniers seuls nous occupent et parmi eux le procédé de Terrier qui fixe l'utérus à la paroi abdominale à la fois par son fond et par sa face antérieure. Le manuel opératoire, décrit dans ses détails, est précédé de l'exposé des précautions antiseptiques prises à l'hôpital Bichat avant, pendant et après toute intervention abdominale : ce chapitre pourrait servir de *vade-mecum* à tout chirurgien.

Rien n'a été omis dans cette thèse : parallèle de la méthode avec les autres modes de traitement, parallèle des divers procédés entre eux, indications et contre-indications, sort réservé à la vessie, traitement post-opératoire et toutes les observations d'hystéropexies publiées jusqu'à ce jour. Le pronostic restait le point délicat,

aussi, l'auteur donne-t-il des conclusions provisoires que des faits nouveaux viendront confirmer ou infirmer. Il considère l'opération comme sérieuse mais non grave. Quant au résultat thérapeutique citons avec lui la phrase de Segond : « si la symphyse utéro-pariétale créée par le procédé très perfectionné de Terrier est vraiment solide ; si les faits établissent, en outre, qu'elle n'est pas elle-même la source des phénomènes douloureux analogues à ceux que provoquent les adhérences pelviennes, il est bien clair que l'opération de Terrier deviendra l'opération de choix. »

P. NOGUÈS.

Sur la ventrofixation de l'utérus. F. SPAETH. *Deutsche Med. Woch.*, 1889, n° 44, p. 760.

Travail fondé sur 15 opérations faites à Hambourg par Prochownick, pour des *rétrodéviations*. Dans toutes les interventions (qui toutes ont guéri et dont une seule a été suivie de récidive), il s'agissait de rétrodéviations compliquées de tumeurs utérines ou salpingo-ovariennes, ou fixées par des adhérences de para et de périmétrite. L'auteur, en effet, est opposé à l'opération pour les rétrodéviations simples, mobiles, dont on vient toujours à bout par le massage utérin et les pessaires ; il est donc inutile d'exposer la malade aux inconvénients d'une éventration possible. Pour les cas où l'on extirpe une tumeur, la ventrofixation est un complément indiscutable ; pour les rétrodéviations pures, mais adhérentes, on essaiera d'abord le massage. Si on échoue, la ventrofixation est absolument indiquée chez les femmes encore réglées ; chez les femmes qui ont passé la ménopause, et où on n'a dès lors plus à ménager la possibilité de la conception, la question d'hystérectomie vaginale se pose peut-être.

A. BROCA.

Hystéropexie. (Ueber die Annähung der retroflektirten auf gerichteten Gebärmutter an der Vordern Bauchwand, par TH. G. LÉOPOLD. In *Samml. Klinischer Vorträge. Von R. Von Volkmann*, 1889, n° 333.

Léopold a pratiqué neuf fois l'hystéropexie : dans cinq cas à la suite de castration pour salpingo-ovarites, une fois après avoir enlevé un petit myôme du fond de l'utérus, enfin dans deux cas de rétroflexion pure. Trois malades ont été suivies de un mois et demi à deux ans ; l'utérus est resté fixé, et le résultat est très satisfai-

sant. Pour Léopold l'hystéropexie est indiquée dans les trois circonstances suivantes : 1° lorsqu'il a fait une castration ou une salpingotomie pour inflammation chronique des annexes, que l'utérus rétrofléchi soit ou ne soit pas adhérent ; 2° après l'ablation des tumeurs, qui, par leur présence, ont entraîné l'utérus en rétroflexion permanente (myômes sous-péritonéaux, tumeurs ovariques ou parovariques) ; 3° dans les rétroflexions simples et mobiles, lorsque les douleurs sont dues uniquement à la position vicieuse de l'utérus et que tous les autres modes de traitement ont échoué.

Au point de vue technique, Léopold ne fait pas de suture spéciale pour fixer l'utérus. Il fait passer par le fond de l'organe les anses des fils destinées à réunir la plaie abdominale. Habituellement il conduit ainsi trois fils transversalement à travers le fond de l'utérus, le premier à 1/2 centimètre en avant de l'orifice des trompes, le second entre les deux trompes, le troisième à 1/2 cent. en arrière. Ces fils ne sont enlevés que du 14e au 18e jour. Dans ses huit premières observations il a avivé le fond de l'utérus, dans la dernière, il a laissé la séreuse intacte.

PIERRE DELBET.

Un cas d'hystéropexie pour rétroflexion utérine. (Un caso di gastro isterorafia anteriore per retroflessione uterina), CUZZI. *Annali di Ostetr. e Ginec.* Milano, 1890, p. 63.

Cuzzi conclut avec Olshausen et Schultze qu'il ne faut recourir à cette opération que dans les cas très graves pour lesquels les autres traitements n'ont pas réussi. Chez sa malade il fit d'abord l'ablation de petits kystes de l'ovaire et de la trompe ; puis il sutura à la paroi abdominale le côté droit de l'utérus. Une grossesse à terme lui paraît encore possible après cette opération, les adhérences pouvant se laisser distendre.

P. MAUCLAIRE.

De la ventrofixation de l'utérus. (Zur Ventrofixatio uteri), PREGER. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 16, p. 278.

L'auteur a pratiqué l'opération 4 fois : a) 2 fois pour *rétroflexions de l'utérus* ; b) 3 fois pour *prolapsus complet de la matrice.*

a) OBS. 1. — M... 39 ans, un accouchement, 6 années auparavant. Dans les dernières années, malaises nombreux sous la dépendance d'une rétrodévia-

tion de l'utérus. Les traitements ordinaires, y compris les pessaires ayant échoué, laparotomie et hystéropexie. Après décortication et extirpation des 2 ovaires qui étaient enfouis au milieu d'adhérences épaisses, et libération de l'utérus de ses adhérences, on appliqua de chaque côté, une ligature qui traversait les ligaments larges, comprenait le ligament long, et traversait toute la masse musculaire de la paroi abdominale. Pour terminer, il fut fait une suture au catgut, intéressant le fond de l'utérus, au voisinage de l'émergence de la trompe, et ramenant le fond de l'organe en contact avec le bord du péritoine pariétal de la plaie abdominale. *Guérison complète.* Quelques jours après, écoulement menstruel. Depuis, les règles n'ont pas reparu. Un examen pratiqué 7 mois après, montra que tous les bénéfices de l'intervention étaient conservés : fond de l'utérus 3 1/2 cent. au-dessus de la symphyse, un peu mobile ; moignon des ligaments larges solidement uni à la paroi abdominale.

Obs. 2. — 34 ans, 2 accouchements. Menstruation toutes les 2-3 semaines, 8 jours. Depuis un an douleurs très fortes. Utérus gros, rétrofléchi, est le siège, à sa paroi postérieure, d'une tumeur ; laparotomie et hystéropexie, décortication et extirpation de l'ovaire droit, extirpation partielle de l'ovaire gauche enfoui sous des adhérences très solides. Adossement à la paroi abdominale du ligament large droit au moyen de deux fils de soie, l'un traversant la corne utérine droite, l'autre le ligament large plus en dehors, les deux traversant toute l'épaisseur de la musculeuse de la paroi abdominale. Il fut impossible d'obtenir le même adossement du ligament large gauche à la paroi abdominale. *Guérison.* Un mois après l'opération, éruption menstruelle encore assez abondante. Depuis, menstruation régulière, toutes les 3-4 semaines, durant 8 jours. Plus de douleurs, *pas de douleurs vésicales.* 7 mois après l'opération, l'utérus était toujours dans une bonne situation.

b) Obs. 3. — ... 56 ans ; depuis 10 ans, prolapsus du vagin. Depuis 6 ans, constatation d'une tumeur dans le ventre. Durant les 3 derniers mois, augmentation considérable du ventre, dyspnée. *Diagnostic :* kyste de l'ovaire, prolifé-rant, s'élevant d'une largeur de main au-dessus de l'ombilic, prolapsus complet de l'utérus, hypertrophie notable du col. Longueur de l'utérus 12 cent. Cysto et rectocèle. Laparotomie. Après issue d'environ 30 litres de liquide, extirpation d'un kyste de l'ovaire droit, plus gros qu'une tête d'adulte, tumeur en partie ossifiée. Fixation, après décollement des adhérences de l'utérus à la paroi abdominale (à travers la corne de l'utérus et le ligament large).

Suites opératoires excellentes, sauf deux trajets fistuleux aux deux points de la paroi abdominale sur lesquels portaient les sutures fixatrices. La 1re fistule s'oblitéra, après l'enlèvement d'une anse de soie. Examen, 13 mois environ après : fond de l'utérus, sur la ligne médiane, et à environ 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse, matrice légèrement mobile, 1 cent. environ, au-dessous et à gauche de l'extrémité inférieure de la plaie abdominale fistule faiblement suintante. D'une manière générale, *pas de douleurs vésicales ;* seulement, quand la vessie est distendue, sensation de pression.

Obs. 4. — ... 39 ans, 6 accouchements antérieurs ; depuis 12 ans, prolapsus du vagin. Depuis plusieurs mois, douleurs épigastriques, et plus récemment augmentation de la circonférence du ventre ; vomissements fréquents, dyspnée, etc. *Diagnostic :* ascite considérable, tumeur irrégulière, s'élevant jusqu'à 2 doigts au-dessous de l'ombilic, *prolapsus complet de l'utérus.* Laparotomie : extirpation des 2 ovaires, le siège d'une tumeur, solide, etc., abandon des deux pédicules. Puis, fixation à la paroi abdominale, suivant le procédé précédemment décrit, des ligaments larges au moyen de ligature de soie, et du fond de l'utérus au bord du péritoine pariétal au moyen d'une suture au catgut. *Mort* 3 jours après. *Nécropsie :* le corps de l'utérus repose immédiatement contre la paroi abdominale ; après section de l'anse de catgut, il se porte un peu en arrière, aussi loin que le permet le moignon des ligaments larges fixé à la paroi abdominale. Les fils de catgut sont absolument intacts, pas de capsules autour d'eux. Les moignons au contraire des ligaments larges sont tellement adhérents, qu'il faut le couteau pour les décortiquer.

Deux méthodes de ventrofixation sont le plus en vogue, celle d'Olshausen, celle de Léopold. Toutes les deux tendent à maintenir l'utérus dans sa situation normale, au moyen d'adhérences. Olshausen cherche à faire adhérer à la paroi abdominale les ligaments larges, Léopold le fond de l'utérus. Des recherches expérimentales de Dembowsky, il résulte que les adhérences sont le résultat de l'irritation produite par les corps étrangers (fils à ligature, eschares...) mais, plusieurs faits, comme l'observation 4, prouvent que toutes les substances ne sont pas également favorables à la production d'adhérences, le catgut en particulier. Par contre la soie et les fils d'argent favorisent leur formation.

Le procédé d'Olshausen a l'avantage de laisser à l'utérus une certaine mobilité, qui lui permet de s'accommoder aux changements de volume de la vessie. De plus, quand, conjointement à l'hystéropexie, on est conduit à extirper les annexes, le moignon contribue lui-même à assurer la formation des adhérences, et cette circonstance est une sérieuse garantie contre les adhérences qu'il pourrait contracter avec l'intestin, l'épiploon, etc.

Léopold fixe le fond de l'utérus à la paroi abdominale par 1-3 ligatures de soie, qu'il enlève du 10-12e, au plus tard du 14-16e jour, époque à laquelle les adhérences sont encore extensibles. Pour assurer la soudure, il racle légèrement la séreuse péritonéale au niveau du fond de la matrice. Mais les expériences de Dembowski démontrent que cette précaution est inefficace. Toutefois,

dans son ensemble, le procédé de Léopold est bien préférable à la fixation avec le catgut, préconisée par Czerny et Veit.

L'auteur fait en passant remarquer la légère modification qu'il a introduite dans le procédé opératoire, et qui consiste à fixer, à l'aide d'un fil de catgut, le fond de l'utérus au bord du péritoine pariétal de la plaie abdominale, pour éviter la nécessité d'appliquer un pessaire les premiers jours qui suivent l'intervention.

R. L.

Carcinome de l'ovaire avec rétroversion et prolapsus de l'utérus. — Ovario-salpingotomie et hystéropexie après avivement utérin, par Thiriar. In *Mercredi médical*. Paris, 16 avril 1890, p. 178.

Ayant eu un insuccès à la suite d'une hystéropexie abdominale, Thiriar résolut de faire l'avivement utérin. Ablation d'un lambeau comprenant le péritoine et un peu de tissu utérin dans toute la largeur d'un ligament rond à l'autre et sur une hauteur d'un bon centimètre et demi. Fixation suivant la méthode de Léopold à l'aide de trois points de suture au catgut comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, 6 mois après la guérison était maintenue. Thiriar se garde toutefois d'affirmer la certitude d'une guérison définitive, l'expérience nous montrant que des parties privées de péritoine comme des pédicules de kyste de l'ovaire peuvent ne pas contracter d'adhérence et que des pédicules utérins peuvent se détacher de la paroi après l'hystérectomie abdominale.

H. H.

Prolapsus vagino-utérins. (Prolassi vagino uterini), Decio. *Annali di Ostet. e Ginec.* Milano, mars 1890, p. 234.

En ce qui concerne l'étiologie, Decio n'admet pas qu'il y ait toujours hypertrophie d'abord et prolapsus ensuite, dans le cas de prolapsus avec hypertrophie de la portion sus-vaginale du col. Il étudie ensuite ces prolapsus qu'il divise en prolapsus vagino-utérins sans hypertrophie, prolapsus de la paroi vaginale antérieure avec hypertrophie du col, et enfin prolapsus des parois vaginales, antérieure et postérieure avec hypertrophie sus-vaginale. Si dans les deux premiers cas la colporrhaphie donne de bons résultats, dans le cas d'hypertrophie sus-vaginale la récidive est fréquente. Cela tient peut-être aux rapports sexuels, à la miction ou à la défécation mal réglées, au relâchement de tous les tissus du petit bassin et du périnée, à la tendance du col à l'hypertrophie parce qu'il est dans une situation vicieuse.

P. Mauclaire.

VARIA

Sur la question du traitement de l'ostéomalacie. (Zur Frage der Therapie bei osteomalacie). FEHLING. *Cent. f. gyn.*, 1890, n° 5, p. 73.

Comme l'a démontré Baumann dans son mémoire, l'ostéomalacie a guéri toutes les fois que l'opération de Porro a été faite ; ce qui n'a pas eu lieu dans la plupart des cas où l'on a eu recours à la césarienne avec suture de l'utérus.

En ce qui concerne la castration, l'auteur l'a pratiquée dans 3 cas d'ostéomalacie et avec succès. Hoffa, P. Muller, Winckel ont rapporté des résultats semblables. Certes, si l'on faisait toujours la castration tout de suite après l'accouchement, on pourrait prétendre que c'est, conformément à l'opinion de Zweifel, l'inaptitude à la fécondation qui modifie heureusement la maladie. Mais, l'auteur a eu l'occasion d'enlever les ovaires à des femmes, de 2 à 3 ans après leur dernier accouchement, parce que la maladie, en dehors de toute nouvelle grossesse, avait de nouveau empiré. Et le résultat a été toujours le même, c'est-à-dire heureux. C'est donc en supprimant la fonction ovarique que le chirurgien a été utile.

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Les Accouchements à la Cour (1), par G.-J. WITKOWSKI.

L'ouvrage du docteur Witkowski est la suite de recherches de longue haleine. La première série de ces travaux originaux a paru dans l'*Histoire des accouchements chez tous les peuples*, auquel était adjoint un atlas très précieux des instruments employés par les accoucheurs et intitulé l'*Arsenal obstétrical*. Le volume actuel

(1) G. STEINHEIL, édit. In-8°, 410 pages, avec figures.

s'occupe surtout des accouchements à la cour. L'auteur nous annonce qu'il le fera suivre de deux autres volumes, le premier : les *Accoucheurs et Sages-femmes célèbres*, le second : *Anecdotes et curiosités sur les accouchements*. Ces cinq volumes formeront l'ouvrage documentaire le plus étendu, concernant l'histoire archéologique, littéraire et anecdotique des accouchements de tous les temps et de tous les pays.

Dans les *Accouchements à la Cour*, l'auteur a surtout cherché les incidents curieux et les singularités observés pendant la grossesse et l'accouchement des souveraines. Il y note le cérémonial suivi à leurs couches, ainsi que les fêtes et les réjouissances données à l'occasion de la naissance des Dauphins. Il n'a pas dédaigné d'étendre ses recherches aux maîtresses de nos monarques.

Dans un appendice, il s'est occupé des particularités qui ont accompagné la naissance de quelques littérateurs ou artistes célèbres, tels que Raphael, Voltaire, Victor Hugo, etc. ; il a recueilli sur la papesse Jeanne des renseignements très curieux.

L'auteur a intercalé dans cet ouvrage les *Six couches de Marie de Médicis* par Loyse Bourgeois ; l'intérêt et aussi la rareté de l'ouvrage l'ont décidé à le vulgariser. Il s'est aussi longuement étendu sur les *Accouchements de la duchesse de Berry*, en citant les passages les plus intéressants des volumineux mémoires de Deneux, qui sont restés manuscrits jusqu'à ce jour et qui se trouvent actuellement entre les mains de M. le Prof. Tarnier ; l'auteur a eu la bonne inspiration de publier ces curieux documents qui appartiennent aussi bien à l'histoire qu'à l'obstétrique.

Ce volume contient, en outre, de nombreuses figures qui sont, pour la plupart, des reproductions de médailles frappées à l'occasion de la naissance des souverains ; ou de tableaux historiques représentant des portraits, des scènes de naissance, de baptême, de relevailles ; ou encore de berceaux qui existent dans les musées français et étrangers.

Il faut savoir gré au Dr Witkowski de la ténacité avec laquelle il poursuit depuis de nombreuses années ces intéressantes recherches, qui doivent trouver leur place dans la bibliothèque de tout accoucheur curieux de son art.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

MARCY. — The animal suture : its place in surgery. — The cure of hemorrhoids by excision and closure with the buried animal suture.

TAYLOR. — A hitherto undescriwed form of new growth of the vulva. — Some practical points in the treatment of syphilis. — A further contribution to the study of molluscum fibrosum; etiology, fibromatous infiltration, etc... — History of a case of syphilis fourteen years after the onset of cerebral symptoms, etc... — Chronic inflammation infiltration and ulcération of the external genitals of women. — Primary melano-sarcoma of the vulva.

MARTA. — La cura chirurgica dell'ematocele retro-uterine. — Studi clinici sull'pematocele periuterine. — Morphinismo et gravidanza. — Morphinismo et gravidanza (notare completare). — Rottura centrale del perineo episiotomia ed episioperineo plastico-rafia e constitutio clinico alla cura dell'edema acuto primitivo della laringe. — Un operazione cesarea col metodo di Sänger. — Due casi di mola vescicolere. — Contributo alla storia dello sviluppo rapido di alcuni tumori durante la gravidanza.

HART et BARBOUR. Manual of gynecology 4 th ed., Edinburgh and London, 1890.

LÉGENDES DES PLANCHES

PLANCHE I. — Fig. 1. — Coupe du muscle utérin et de la muqueuse. — Streptocoques en violet. — Fig. 2. — Muqueuse utérine infiltrée de chaînettes et de bâtonnets.

PLANCHE II — Fig. 1. — Veines intra-utérines dont les parois sont tapissées de streptocoques. — Fig. 2. — Vaisseau lymphatique intra-utérin rempli de streptocoques.

PLANCHE III. — Fig. 1. — Caillot produit dans une veine sus-hépatique par dépôt de streptocoques, sur sa surface interne. (Les chaînettes pénètrent le caillot après sa formation.) — Fig. 2. — Veine sus-hépatique remplie de streptocoques commençant à diffuser dans les capillaires du voisinage.

PLANCHE IV. — *Phlegmatia alba dolens.* — Fig. 1. — Vue d'ensemble de toute l'épaisseur de la veine. — Fig. 2. — Bord libre du caillot fibrineux de la veine iliaque. — Fig. 3. — Union des tuniques moyenne et externe de la même veine.

Ces planches sont extraites de la thèse de notre ami WIDAL.

V. W.

(Voir la *Revue générale*, page 367).

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

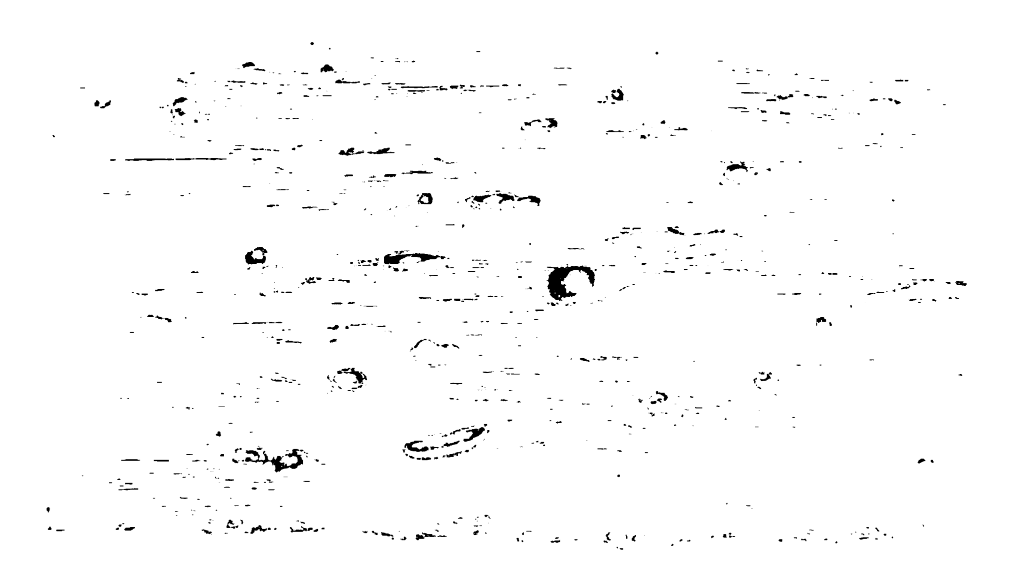


Fig. 2



... Pasquier pinx^t

Le...

G. Steinheil Editeur

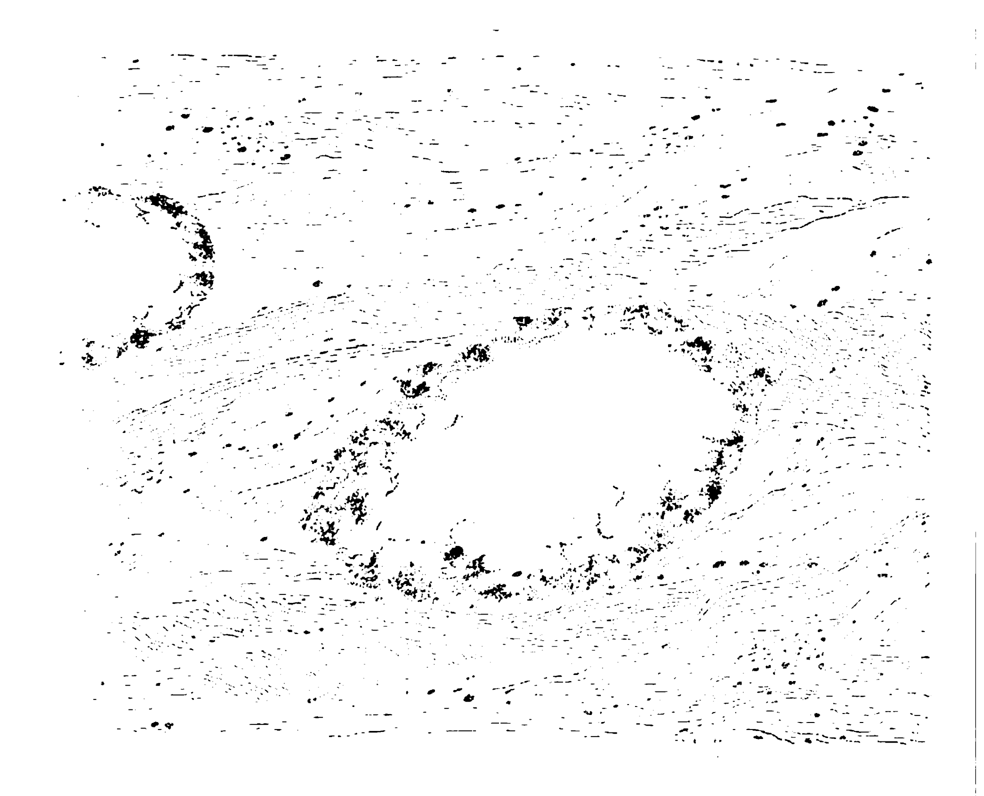


Fig 2

Pesquier pinx.t

Leuba lith.

G Steinheil Editeur

Fig 1

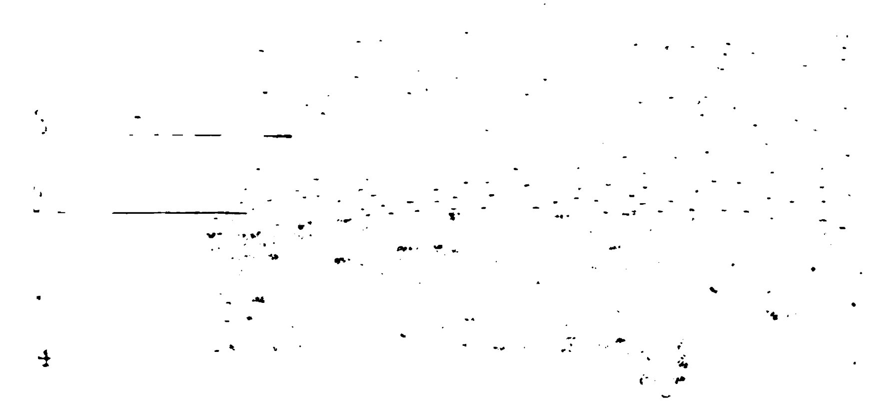


Fig 2

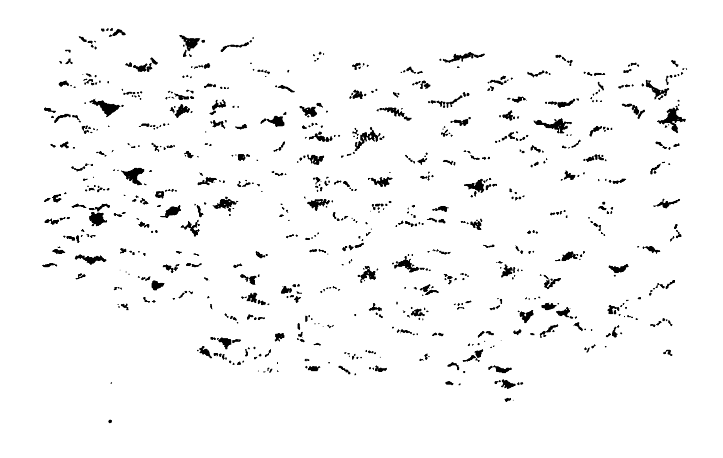


Fig. 3



Pasquier pinx^t

Leuba lith

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LES INFLAMMATIONS DES OVAIRES (OOPHORITES)

Par le professeur **Slaviansky** (1).

Symptômes.

De l'intensité et du degré de généralisation de l'inflammation du péritoine recouvrant les divers organes de l'ovaire dépend cette diversité dans les tableaux symptomatologiques qu'on trouve tracés dans les descriptions des auteurs. Faisant abstraction autant que possible de tout phénomène dû à la péritonite, localisée sur divers organes de la cavité du bassin, nous pouvons grouper les symptômes appartenant exclusivement à l'état inflammatoire de l'ovaire, à l'oophorite pure, telle qu'on la rencontre quelquefois en pratiquant la castration. Ces symptômes sont : une douleur localisée, la dysménorrhée et divers phénomènes de nature réflexe.

La combinaison de tous ces symptômes, ou de quelques-uns d'entre eux, se rencontre généralement dans les oophorites interstitielles et les oophorites mixtes ; tandis que les

(1) Leçon faite à l'Académie impériale de médecine de St-Pétersbourg (27 septembre 1889). Voir les *Annales de Gynécologie*, mai 1890.

inflammations parenchymateuses pures telles que celles qu'on constate dans les maladies générales infectieuses ou dans les intoxications ne se manifestent par aucun symptôme bien tranché ; ce n'est que quelque temps après qu'on peut soupçonner leur existence grâce à la stérilité qui les suit.

Une douleur limitée, sourde, quelquefois très aiguë et lancinante, localisée par les malades elles-mêmes, à une région bien circonscrite, a pour cause l'état de turgescence de l'ovaire atteint, ce qui peut bien être démontré au moyen du toucher et de la palpation combinée. La douleur sourde continue, s'observe surtout dans les oophorites folliculaires chroniques, quand la membrane albuginée de l'ovaire est très épaissie et quand il y a beaucoup de follicules et de vésicules de Graaf très augmentés de volume. L'ovaire dans ces conditions est très turgescent, très douloureux à la moindre pression.

En dehors de ces faits, nous avons observé une douleur ayant les mêmes caractères ; strictement localisée à l'ovaire, mais n'augmentant pas à la pression, dans les cas d'ovaires rétractés (Cirrhosis sic dicta) où tous les follicules visibles à l'œil nu ont complètement disparu.

A l'examen microscopique des ovaires ainsi altérés, on voit le stroma conjonctif très développé et de nombreuses cicatrices étoilées, à la place des follicules atrésiés. La présence d'un grand nombre de ces cicatrices peut, à notre avis, expliquer jusqu'à un certain point, la douleur continue dont souffrent les malades, douleur due aux tiraillements subis par l'ovaire, ainsi qu'à la compression des terminaisons nerveuses et des troncs. La douleur s'accentue généralement chaque fois que la pression intra-abdominale augmente : ainsi à chaque tentative que fait la malade pour marcher, sous l'influence de la pression exercée sur le bas du ventre au niveau de la région de l'ovaire ; la douleur devient plus intense aussi toutes les fois qu'il se fait un afflux de sang vers les organes du bassin, pendant la période menstruelle par exemple (*dysménorrhée ovarienne*) et pendant le coït (*dys-*

pareunie). S'il s'agit d'une inflammation de l'ovaire gauche, la douleur devient très intense pendant la défécation ; par la même raison l'accumulation des masses fécales dans le cæcum, provoque de fortes douleurs dans le cas d'oophorite droite.

A l'exemple de beaucoup d'autres auteurs (Scanzoni, Fritsch, etc., etc.) nous pouvons signaler l'existence de ces douleurs irradiées vers l'une ou l'autre cuisse suivant l'ovaire atteint. Indépendamment de ce phénomène, j'ai pu souvent constater l'existence d'un certain degré d'hyperesthésie cutanée dans la région innervée par le nerf génito-crural du côté de l'ovaire malade. Cette hyperesthésie est encore plus marquée pendant la période menstruelle.

Le caractère de l'écoulement menstruel est diamétralement opposé suivant les degrés de l'altération du tissu ovarien. L'écoulement est très fort (ménorrhagie), plus fréquent qu'à l'état normal, ou au contraire il est minime, retardé, et quelquefois même n'apparaît pas du tout (aménorrhée). Dans le premier cas nous avons affaire à un processus inflammatoire interstitiel ou parenchymateux, actif, intense, compliqué en même temps d'un certain degré d'altérations inflammatoires de la muqueuse utérine (*endométrite hémorrhagique*), comme cela se rencontre souvent au cas d'inflammation des annexes utérines et du péritoine qui le recouvre. L'aménorrhée complète dans le cas d'oophorite se rencontre assez rarement.

La destruction des follicules qu'on rencontre dans quelques formes d'oophorites parenchymateuses, celles par exemple qui accompagnent les maladies générales de nature infectieuse, peut en être la cause, et nous connaissons plusieurs faits où des malades, malgré un rétablissement complet après une fièvre typhoïde ou un typhus exanthématique, n'ont jamais vu reparaître leurs règles et sont restées stériles pour le reste de leur existence (*stérilité acquise*) malgré une santé florissante et des organes génitaux en apparence normaux.

D'autre part, la stérilité consécutive à l'inflammation chronique des ovaires, est un fait exceptionnel et les cas ne sont pas rares, où des femmes affectées depuis nombre d'années d'inflammation des ovaires, conservent leur fécondité (1).

Les recherches expérimentales sur les animaux d'un côté (2) et les données que nous fournit la pratique des castrations de l'autre nous démontrent que l'ovaire est un organe qui transmet l'effet de l'irritation reçue par réflexe sur d'autres organes ; ce sont surtout les troubles dans la fonction du cœur, et les modifications dans la pression sanguine qui sont très apparentes.

Connaissant ainsi cet état de l'irritabilité des ovaires, il nous est bien facile de comprendre tous ces phénomènes nerveux, d'origine réflexe, que nous observons chez les malades affectées d'inflammation de ces organes.

Nous nous bornerons à mentionner quelques-uns des plus fréquents.

Ce sont des douleurs névralgiques, apparaissant dans l'une ou l'autre région du corps ; mais surtout fréquentes dans la région dorsale de chaque côté de la colonne vertébrale à la sortie des paires rachidiennes et plus loin suivant le trajet de ces mêmes nerfs. On rencontre aussi assez souvent des névralgies de la 6e et 7e paire intercostale du côté de l'ovaire affecté ; il faut citer aussi les migraines comme un des troubles les plus constants et les plus marqués dans l'affection qui nous occupe.

On constate assez fréquemment divers troubles rappelant l'angine de poitrine, l'anxiété précordiale, des intermittences dans les battements du cœur, symptômes très pénibles sur lesquels se fixe l'attention des malades. Quelquefois, phénomène d'ordre réflexe, apparaît une toux continue tout

---

(1) DUNCAN. *Clinical lecture on the diseases of women*, 1883, p. 197.

(2) ROHRIG. Experiment untersuch über die Physiologie des Uterus bewegungen. *Virchow's Archiv.*, LXXVI, 1879.

à fait identique à la toux des femmes enceintes (A crade cough des Écossais). Il faut noter comme troubles du côté de l'estomac : la sécrétion insuffisante du suc gastrique, trouble de nature réflexe dû à l'irritation du nerf sympathique ; il s'ensuit une dyspepsie qui ne cède à aucun des traitements ordinaires.

Nous devons ranger dans la même catégorie de faits les nausées, le hoquet et des vomissements quelquefois très intenses, pouvant donner lieu à une interprétation des choses tout à fait erronée, surtout quand il s'agit de jeunes filles de 16 à 23 ans. Il est même très possible dans ces conditions de prescrire un traitement, sans qu'on soupçonne aucunement l'existence d'une affection des ovaires.

L'état psychique des malades affectées d'oophorites chroniques est généralement très atteint. Les malades sont dans un état d'abattement moral très prononcé, mais conservent presque toujours la faculté d'analyser leur situation et tout ce qui les entoure. L'hystérie dans ces conditions est très rare.

L'état général de ces malades est plus ou moins tolérable au début de l'affection. Mais, à la longue, il finit par être sérieusement atteint, et les pauvres malades deviennent impropres à tout travail. L'impossibilité d'une alimentation régulière et suffisante vu l'état de dyspepsie surajouté (dyspepsie ovarienne) épuise l'organisme et prépare un terrain très propice au développement du bacille tuberculeux. Les sommets sont atteints très rapidement et bientôt on est en présence du tableau complet d'une phtisie confirmée.

Cette étiologie de la tuberculose chez des femmes très jeunes, dans l'épanouissement complet de la vie sexuelle, n'est pas rare, comme l'indiquent les recherches à ce sujet de Im. Fothergill, faites sur les malades du grand hôpital pour les poitrinaires du City à Londres (1).

---

(1) *The American Journal of Obstetrics*, etc., t. XI, p. 11.

Marche et terminaisons.

Les oophorites, comme tout travail inflammatoire, peuvent avoir une marche aiguë, ou chronique. Les formes inflammatoires parenchymateuses, que l'on rencontre dans le cours des maladies générales, infectieuses, ainsi que les oophorites interstitielles d'origine septique, se manifestant pendant certaines affections de la période post-puerpérale, ont un début et une marche aiguë. Il est assez rare d'observer une marche aiguë au cas d'oophorite mixte (oophorite folliculaire) se développant par exemple à la suite de très grandes brûlures, ou après un refroidissement d'une grande surface du corps, ou quelquefois après un coït immodéré qui suit de près la période menstruelle. Toutes ces formes d'oophorites, ayant une marche aiguë, aboutissent inévitablement à la destruction du follicule altéré. Toutefois, la restitution *ad integrum* de l'organe peut être plus ou moins complète.

L'une des terminaisons assez rares est la formation de petits abcès, répondant aux follicules atteints. Les oophorites débutant dans la période post-puerpérale donnent lieu à la formation de vastes abcès, détruisant tout le tissu ovarien. Dans ces conditions, le péritoine environnant est généralement aussi envahi par l'inflammation; le processus présente, dans ces cas, la marche d'un abcès péri-utérin, et ce n'est qu'à l'autopsie, qu'on parvient à retrouver le point de départ de la suppuration.

Le passage de l'oophorite aiguë à l'état chronique est une terminaison bien malheureuse, qu'on rencontre très souvent, surtout au cas d'inflammation due à la contagion blennorrhagique. Ordinairement, l'inflammation chronique a un début insidieux, la lésion se généralise lentement, envahissant des territoires de plus en plus grands. Les formes parenchymateuses pures ne présentent cette marche chronique que chez les sujets débiles et chez les enfants.

Les oophorites mixtes et certaines formes transitoires où les couches conjonctives du follicule et le stroma de l'ovaire sont principalement atteints, ont au contraire presque toujours une marche lente et chronique.

Au point de vue anatomique, le processus présente rarement un caractère diffus, il se localise généralement sur certains territoires ; s'affaiblissant dans un endroit pour recommencer dans un autre, et donnant lieu à un tableau symptomatique d'un processus chronique avec de fréquentes recrudescences.

La cause de ces poussées aiguës, si caractéristiques au cours d'un processus chronique, est très simple ; dans l'étiologie de l'affection nous retrouverons toujours une cause déterminante, qui persiste pendant toute la durée de l'affection et donne lieu à de nouvelles poussées inflammatoires.

Les deux ovaires ne sont pas toujours atteints en même temps, quelquefois l'un deux peut être complètement sain tandis que l'autre est enflammée. Au cas d'inflammation simultanée des deux ovaires, le processus est toujours plus marqué sur l'un d'eux ; dans la majeure partie des cas c'est sur l'ovaire gauche que l'inflammation est plus intense.

Il n'est pas rare de voir l'inflammation se calmer sur un des ovaires et en même temps devenir plus intense sur l'organe du côté opposé. Ces nouvelles poussées du processus et ce passage de l'inflammation d'un ovaire à un autre, peuvent persister durant des années entières, ne permettant jamais aux pauvres malades de jouir d'un moment de repos. Quelquefois, au contraire, on observe des cas où le processus se calme pour un laps de temps plus ou moins long et les malades jouissent pendant une certaine période d'un état de santé relativement bon.

Les faits, où les troubles provoqués par l'oophorite chronique disparaissent complètement et où les malades guérissent, s'observent bien rarement.

Dans ces conditions, la guérison peut s'effectuer de deux manières bien différentes ; les ovaires continuent leur fonc-

tionnement, vu que le processus inflammatoire n'a détruit qu'une certaine partie de leurs follicules, ou l'inflammation a envahi tout le follicule en détruisant le parenchyme de l'organe, et laissant à sa place un tissu interstitiel. Cette dernière terminaison est assez rare ; les malades présentant des ovaires aussi gravement altérés n'ont plus leurs règles et restent stériles.

Examen objectif et diagnostic.

L'exploration de l'ovaire enflammé, ainsi que de l'organe à l'état sain, ne peut se faire qu'au moyen du toucher vaginal combiné à la palpation abdominale. Quelquefois cependant, dans le cas où l'organe a subi un déplacement, nous parvenons à l'explorer au moyen du toucher vaginal ou rectal seul, mais pour nous faire une idée juste de son volume, de sa consistance et des modifications qu'a pu subir sa surface, nous devons toujours recourir au toucher vaginal, combiné à la palpation abdominale.

Quand l'ovaire malade est très douloureux, sensible, les muscles droits de l'abdomen se contractent à la moindre tentative d'exploration et pour vaincre dans ces conditions la résistance qu'oppose la paroi abdominale rigide et contractée, nous devons employer le chloroforme.

Le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale sur des sujets d'un embonpoint modéré, permet de saisir l'ovaire entre un doigt de chaque main, et de se rendre compte de son volume, de sa forme, de sa consistance, et de toutes les particularités que présente sa surface. Si l'on n'a pas trouvé l'ovaire à l'endroit qu'il occupe ordinairement, il faut explorer toute la cavité du petit bassin, car l'organe, grâce aux adhérences, peut être déplacé et se trouver même au-devant de l'utérus.

En cas d'inflammation de l'ovaire, non compliquée d'inflammation du péritoine environnant, il se présente à la palpation comme un corps ayant une forme oblongue, ou plus

ou moins arrondie ; il est augmenté de volume, mais rarement dépasse le double de son volume normal. Quelquefois, quand l'ovaire a subi un déplacement, et que l'examen se fait vite, l'ovaire, grâce à la facilité que nous avons de l'atteindre et le palper, peut paraître augmenté de volume, alors qu'il ne l'est pas en réalité ; la palpation de l'ovaire provoque toujours une certaine douleur qui peut être si intense, que toute exploration devient impossible à défaut de narcose. Quand l'ovaire est tenu entre les doigts des deux mains nous devons déterminer d'une manière plus précise, non seulement son volume, mais aussi sa consistance, juger si cette dernière présente dans toutes les parties de l'organe le même caractère ; puis, enfin, nous devons noter les caractères que présente la surface de l'organe; est-elle lisse, ou bien offre-t-elle des nodosités ? On constate facilement que ces nodosités ont une consistance élastique toute différente de celle que présente le reste du tissu ovarien. Généralement la fluctuation ne peut être constatée.

On parvient assez facilement, comme nous l'avons fait voir, à palper l'ovaire malade, s'il n'y a pas d'altérations bien marquées des parties qui entourent l'organe. Un exsudat fibrineux plus ou moins considérable dans le cas d'inflammation aiguë, ou des pseudo-membranes s'il s'agit d'une oophorite chronique, peuvent entourer l'ovaire complètement, et le cacher à toute investigation. A la longue, quand toutes ces adhérences inflammatoires, auront subi une évolution régressive, l'ovaire devient plus accessible et c'est alors que nous constatons, en l'explorant, que le point de départ de la périmétrite latérale constatée était justement l'ovaire enflammé lui-même.

Il n'est pas rare, de trouver à la palpation, à côté de l'ovaire enflammé, une trompe épaissie, envahie aussi par le travail inflammatoire.

La formation d'un abcès dans l'ovaire, dans le cas d'oophorite aiguë, est toujours accompagnée d'une péritonite très intense de la séreuse, qui recouvre les organes voisins. Dans

ces conditions, les contours de l'ovaire, quoique augmentés de volume, ne peuvent être déterminés, et par conséquent, le diagnostic d'un abcès ovarien, est presque toujours impossible.

D'accord sur ce sujet avec S. Simpson, nous croyons que ce n'est qu'à l'autopsie, qu'on retrouve le point de départ de ces abcès. Mais, grâce aux progrès de la chirurgie moderne, la laparotomie exploratrice pourra nous indiquer le caractère de la lésion et nous fournir des données pour agir et éviter ainsi l'autopsie.

Grâce aux données, que nous venons d'exposer, fournies par l'examen objectif, nous pouvons poser le diagnostic de l'inflammation de l'ovaire, d'une manière très précise, mais quelquefois dans le cas de complication du côté du péritoine, le diagnostic ne peut être posé séance tenante; il faut explorer à plusieurs reprises pour tirer une conclusion nette et précise sur la nature et le caractère de la lésion. Les signes subjectifs et les antécédents pathologiques, ne peuvent en général nous fournir que des données fort incertaines; c'est pour cette raison qu'il est toujours bien difficile de poser le diagnostic de l'oophorite, quand il s'agit de jeunes filles, conditions où nous ne pouvons pas recourir à l'exploration combinée. Dans ces cas, nous devons nous contenter d'indiquer un traitement suivant la méthode *ex juvantibus et nocentibus*. Pour le diagnostic différentiel entre l'ovaire augmenté de volume et une néoformation développée dans l'ovaire même ou une tumeur pédiculée de la région, nous avons généralement recours à un signe très précieux, c'est dans le cas d'oophorite, l'augmentation périodique de l'ovaire pendant les époques menstruelles : ce signe différentiel est très recommandé par Gaillard Thomas (1).

Un kyste de l'ovaire, au début de son développement, amène aussi une augmentation de volume modérée, qui pourrait faire penser à une oophorite, mais l'ovaire dans le pre-

(1) MEYER. *Arch. f. Gynaecol.*, XXVIII, p. 31.

mier cas est indolore à la palpation et surtout il ne présente pas ces augmentations périodiques de volume correspondant avec les époques menstruelles. Les fibro-myômes sous-péritonéaux, à pédicule long, peuvent ressembler par leur volume et leur forme à un ovaire enflammé, mais ces tumeurs-là ne présentent jamais une augmentation périodique de volume, comme l'oophorite. Un signe bien caractéristique de l'oophorite folliculaire est, suivant notre propre expérience, la variation de volume de l'ovaire, que l'on constate en répétant à de courts intervalles l'examen physique; cette variation de volume n'a aucune relation avec les époques menstruelles, elle est due à l'évolution des follicules, qui, ayant atteint un certain degré de développement, subissent une transformation régressive, s'atrésient. Formant bosselures sur la surface de l'ovaire, les follicules, en s'atrésiant, amènent non seulement la disparition des nodosités, mais en même temps une diminution de volume général de l'ovaire.

Dans le diagnostic différentiel des affections de l'ovaire, nous devons bien séparer des inflammations de l'organe un état pathologique, décrit par Charcot sous le nom d'ovarie; cette dernière est une maladie d'origine nerveuse, de nature hystérique. Explorant les ovaires pendant le sommeil chloroformique nous pourrons constater que, dans le dernier cas, les ovaires ne sont pas augmentés de volume.

Pronostic.

La restitution *ad integrum* des follicules déjà envahis par le travail inflammatoire est chose impossible; à ce point de vue, le pronostic est toujours très sérieux; mais, comme d'un autre côté il est très rare d'observer des cas où tout le parenchyme ovarien soit atteint par le travail inflammatoire, il reste toujours un certain nombre de follicules ayant conservé une intégrité complète; par conséquent, l'ovaire affecté peut revenir au point de vue fonctionnel à l'état normal. Le pronostic est donc très bénin, surtout quand il s'agit de cas

légers et de courte durée. Il devient très sérieux, menaçant même l'existence, toutes les fois que l'inflammation aboutit à la formation d'un abcès. Pourtant, si on intervient promptement et *à temps*, il perd beaucoup de sa gravité. Les oophorites chroniques, de longue durée, cèdent difficilement à tout traitement; dans la grande majorité des cas, on ne parvient pas à la guérison complète et tout ce que nous pouvons espérer, c'est de procurer à nos malades un certain soulagement, dû aux intervalles de rémission du travail inflammatoire, plus ou moins durables.

Le processus inflammatoire de longue durée, provoquant des altérations très graves du tissu ovarien, aboutit inévitablement à la stérilité qui ne cède à aucun traitement. Les malades sont condamnées pendant la meilleure période de leur existence à supporter des douleurs presque continuelles, se localisant dans la cavité pelvienne et dans d'autres régions du corps. Dans ces cas le pronostic, au point de vue de la guérison, est très peu consolant, quoique l'affection elle-même ne menace pas directement l'existence des malades. L'intervention chirurgicale, même dans ces cas désespérés, peut donner de très bons résultats. Grâce à l'opération nous pouvons voir revenir à une santé florissante nos anciennes malades, mais elles ont perdu désormais toute possibilité de devenir mères.

Traitement.

Nous ne réussissons pas, dans la majeure partie des cas, à remplir la première indication de tout traitement: *combattre la cause déterminante*. Les inflammations aiguës débutant dans le courant de l'une ou de l'autre infection, doivent être traitées au point de vue symptomatique, mais en même temps nous devons aussi traiter la maladie générale, qui a causé l'affection locale. Dans les formes chroniques de l'inflammation de l'ovaire, nous parvenons quelquefois à combattre

l'une des causes, si ce n'est la cause première, du moins celle qui entretient l'affection.

L'oophorite *aiguë* dans ses formes intenses est toujours accompagnée de l'inflammation de la séreuse avoisinante ; au lit de la malade, l'affection de l'ovaire est toujours voilée par les symptômes de la péritonite qui l'accompagne. Notre médication ne diffère donc en rien du traitement de la périmétrite aiguë : glace sur le bas du ventre, repos absolu, lavements, en cas de fièvre des antipyrétiques ; contre les douleurs intenses, des narcotiques, sous forme d'injections sous-cutanées de morphine ou des suppositoires calmants dans le rectum.

Si l'inflammation se transforme en abcès, et si nous avons des raisons de présumer que la collection purulente n'est pas dans le tissu péri-utérin, mais n'est qu'un abcès ovarien qui peut être enlevé totalement, la laparotomie est formellement indiquée. Nous pouvons signaler des observations de ce genre, appartenant à Martin et Doléris (1) où la guérison a été le résultat de l'extirpation complète des ovaires suppurés. En cas de diagnostic incertain d'un abcès développé dans l'ovaire même, mais quand la fluctuation est bien nette, nous pouvons recourir à la ponction par un des culs-de-sac du vagin, et à l'aspiration du pus avec l'appareil de Dieulafoy, cette intervention donne quelquefois des résultats bons et durables. Les oophorites à marche chronique exigent avant tout un repos absolu; il faut en même temps combattre toute cause occasionnant une hyperhémie des organes pelviens. L'on doit procurer aux malades un repos physique et moral plus ou moins absolu : une marche prolongée, tout travail physique, surtout le mouvement des jambes pour faire marcher la machine à coudre est expressément défendu.

On doit en même temps recommander aux malades de garder le lit pendant les époques menstruelles et surveiller

(1) Martin. *Cent.-Bl. f. Gyn.*, 1887, p. 308.

Doléris. *Nouvelles Archives d'obstétrique, etc.* 1888. *Répertoire universel*, p. 254.

attentivement l'évacuation de l'intestin. Chez des malades ayant une tendance à la constipation, quand il s'agit d'oophorite du côté gauche, nous devons provoquer des selles liquides. Le coït doit être expressément défendu quand il y a dyspareunie provoquée par le déplacement de l'ovaire; si les symptômes de dyspareunie n'existent pas les relations sexuelles modérées doivent être autorisées, car une continence absolue amènerait une tendance à l'hyperhémie des organes génitaux, de plus l'état d'orgasme génésique survenant la nuit a une influence très fâcheuse sur l'affection de l'ovaire.

On réussit d'une manière très suffisante à donner le repos à l'organe affecté en introduisant dans le vagin le pessaire mou de Mayer ou un pessaire analogue à celui que nous employons au cas de métrite ; ces pessaires, fixant l'utérus, mettent l'ovaire enflammé à l'abri des variations brusques de la pression intra-abdominale.

En cas de nouvelles poussées inflammatoires, surtout quand les douleurs deviennent très intenses, une vessie pleine de glace, placée sur le bas du ventre, les scarifications du col et les injections sous-cutanées de morphine sont des moyens très efficaces. Après la période aiguë, quand les phénomènes inflammatoires se calment, on réussira à combattre les douleurs continuelles, localisées dans la région de l'organe enflammé, au moyen de révulsifs appliqués sur la peau du bas-ventre, ou sous forme de badigeonnages répétés avec la teinture d'iode, ou des vésicatoires volants (1).

Au cours des oophorites chroniques les médicaments résolutifs ont une très grande importance ; une fois les phénomènes aigus calmés, on doit avoir recours aux préparations iodées. L'iodure de potassium à l'intérieur et extérieurement sous forme de bains généraux, et des suppositoires introduits dans le vagin.

(1) R. SLAVIANSKY. *Pathologie et thérapeutique des organes génitaux de la femme*, 1888, t. I, p. 456.

Rp. Iodure de potassium...................... 0,5
Chlorhydrate de morphine................ 0,01
Beurre de cacao.......................... 2,0

F. S. A.

Un suppositoire avant le sommeil.

Nous associons généralement à ces moyens l'usage des douches vaginales de 48° à 50° C. que les malades font avant de se coucher. Ce traitement, à condition que toutes les indications y soient remplies, donne quelquefois, déjà au bout de quelques semaines, des résultats très satisfaisants (1).

Dans ces derniers temps, nous avons acquis dans le massage un nouveau moyen très précieux dans le traitement des oophorites; 40 à 75 séances de massage, dans l'espace de deux ou trois mois, suffisent généralement, comme nous l'avons observé dans notre clinique, pour que les ovaires augmentés de volume et très douloureux, reviennent complètement à l'état normal.

Les ménorrhagies, et l'écoulement catarrhal de la cavité utérine, dus à l'endométrite, liée elle-même à l'oophorite existante, exigent quelquefois un traitement spécial qui doit viser principalement les altérations de la muqueuse utérine.

Les pertes sanguines liées à l'endométrite fongueuse doivent être traitées par le *curage de la muqueuse* malade au moyen d'une curette tranchante. Ce traumatisme opératoire n'a généralement aucune influence fâcheuse sur l'ovaire enflammé. Au contraire, on constate très souvent après l'opération, une certaine amélioration dans l'état de l'organe.

Nous pouvons recommander aussi l'usage de l'*électricité* comme un moyen hémostatique très efficace; quelques séances généralement suffisent. Quelquefois même une seule application du courant continu, l'anode, introduit sous forme de sonde utérine dans la cavité de l'utérus, arrête l'hémor-

---

(1) SEMIANNIKOOF. Le massage en gynécologie. *Journal d'accouchement et des maladies des femmes*, St-Pétersbourg, t. II, 1888, p. 878.

rhagie. La force à employer varie entre 75 et 100 milliampères. Nous avons pu observer l'efficacité de ce moyen dans plusieurs cas où le curage de la muqueuse resta sans résultat (1).

L'existence de toute altération, indiquant l'infection blennorrhagique, au point de vue du traitement, a une très grande importance. Partout où ces altérations seront constatées, sur toute la longueur du canal génital, elles doivent être traitées d'une manière appropriée. En prescrivant le traitement local, nous ne devons pas oublier l'état de la santé générale de nos patientes. Les malades atteintes d'oophorite chronique en dehors de nombreux troubles d'origine nerveuse et de nature réflexe, présentent généralement un état d'épuisement, plus ou moins marqué, de tout l'organisme. En première ligne, comme nous l'avons déjà indiqué, se place la dyspepsie d'origine réflexe, due à l'irritation du nerf sympathique.

Pour combattre ces phénomènes, le bromure de potassium est le remède par excellence ; il jouit à ce point de vue d'une faveur non usurpée. Nous le prescrivons ordinairement associé à l'infusion de gentiane, stomachique amer très actif.

Rp. Bromure de potassium..................	5,0
Inf. de gentiane.........................	150,0

M. D. S. une cuillerée à bouche 4 fois dans la journée.

L'amélioration ne se fait pas attendre : la dyspepsie disparait, l'appétit revient, la digestion stomacale devient régulière.

Pour régulariser les garde-robes nous pouvons associer au bromure de potassium des sels neutres.

Rp. Sulfate de soude.........................	8,0
Bicarbonate de soude	35,0
Acid. tartrique.......	24,0

M. D. S. une cuillerée à thé dans un demi-verre d'eau, 2 fois par jour.

(1) MASSEINE. *Compte rendu de la Société d'accouchement et de gynécologie de St-Pétersbourg*, séance du 19 octobre 1889.

Ou, en cas de besoin, une pilule de podophiline.

Rp. Podophiline........................... 0,6
Extr. de belladone..................... 0,12
Extr. d'absinthe........................ q. s.
Pour 40 pilules.
1 ou 2 pilules avant de se coucher.

Pour relever la santé générale, on veillera à ce que l'alimentation soit nutritive et légère, on prescrira du vin à petite dose, répétée plusieurs fois par jour et les préparations arsenicales.

Rp. Solut. arsenicale de Fowler............ 5,0
Teinture d'écorces de quinquina composée 50,0
M. D. S. 10 gouttes 2 fois par jour pendant le repas.

Prescrivant à nos malades l'usage des eaux minérales pendant la saison d'été, nous pourrons quelquefois avoir des résultats remarquables et tout à fait inattendus. Envoyant nos malades à Essentouki, Staraya Roussa, Drouskeniky, Lipetsk, etc., etc., nous parvenons, en changeant complètement les conditions de l'existence quotidienne, à éloigner de nos malades nombre de causes, ayant une influence fâcheuse sur la marche de la maladie. En soumettant les malades au régime régulier des stations balnéaires, prescrivant les eaux minérales sous forme de bains et à l'intérieur, nous remplissons les principales indications dans le traitement des oophorites chroniques.

Malgré les nombreux moyens thérapeutiques que nous venons d'énumérer, on se trouve assez souvent en présence de cas qui ne cèdent à aucune médication indiquée. Les pauvres malades après un régime balnéaire, sévère et scrupuleusement exécuté, malgré plusieurs saisons passées à l'une ou l'autre station thermale, reviennent quand même absolument dans le même état, sujettes aux mêmes souffrances, complètement incapables de jouir de la vie. Des cas analogues se rapportent à cette catégorie de faits, qui, il y a peu de temps encore, étaient réputés inguérissables. On conseillait au médecin d'abandonner toute tentative

de traitement régulier, tous ses efforts dans cette voie restant sans résultat (1). Toutes les fois que nous nous trouverons en présence de ces faits, où tout traitement thérapeutique a échoué, nous devrons songer à l'intervention chirurgicale, à l'enlèvement des deux ovaires affectés par voie abdominale, à la castration. Nous aurons recours à cette opération après que tout traitement thérapeutique sera resté sans succès, en pleine conviction que l'affection doit être désormais rangée parmi les cas inguérissables.

En ce qui concerne mon opinion personnelle, je suis contre l'intervention opératoire précoce. J'ai pu observer dans ma pratique personnelle, ainsi que dans celle de mes confrères, plusieurs cas de guérison sans intervention chirurgicale, chez des malades destinées déjà à être opérées.

REMARQUES CLINIQUES ET OPÉRATOIRES SUR UNE SÉRIE DE TRENTE LAPAROTOMIES (2)

Par MM. **Pozzi**, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal, **De Lostalot-Bachoué** et **Baudron**, internes des hôpitaux.

G. — GASTRO-HYSTÉROPEXIES

OBS. I (RÉSUMÉE). — *Rétroflexion adhérente. — Endométrite — Gastro-hystéropexie. — Guérison.* — La nommée Maria Jol., âgée de 32 ans, est couchée au lit n° 23. Réglée à 14 ans : toujours normalement; la malade est vierge. Début de la maladie il y a 4 ans par des douleurs abdominales d'abord intermittentes, après une fatigue, au moment des règles, puis bientôt continues, surtout vives dans le côté gauche; elles s'irradient vers la région lombaire. Règles normales, pas de métrorrhagie, mais une leucorrhée abondante. Dix-huit mois après le début de la maladie, la malade subit de la part d'un accoucheur des hôpitaux, le curettage, l'amputa-

(1) Mc Duncan. *Loc. cit.*, p. 201.

(2) Voir les *Annales de Gynécologie*, avril, mai 1890.

tion du col par la méthode de Schrœder et l'opération d'Alexander. Un an plus tard, nouvelle opération plastique sur le col faite par le même chirurgien; mais la malade ne retire pas plus de bénéfice de cette seconde intervention que de la première.

Elle entre à l'hôpital Pascal le 12 avril 1889 où elle est examinée sous le chloroforme.

Diagnostic : Rétroflexion irréductible, endométrite.

Le 18 avril 1889. Curettage de l'utérus suivi d'une laparotomie pour fixer l'utérus à la paroi abdominale.

La laparotomie est faite par M. Pozzi assisté de MM. de Lostalot et Baudron, internes. Incision de 5 cent. L'utérus est libéré de ses adhérences avec facilité. On énuclée un petit kyste du volume d'une noix inclu dans le ligament large gauche au-dessous de la trompe. La plaie du ligament large est suturée par trois points en surjet à la soie fine.

Les annexes des deux côtés sont normales.

L'utérus est alors libéré des adhérences qui fixaient sa paroi postérieure, il est redressé et saisi par son sommet au moyen d'une pince tire-balles, et attiré dans l'angle supérieur de la plaie abdominale; la pince qui le maintient est confiée à un aide. M. Pozzi le fixe à la paroi abdominale par trois points d'un surjet de soie.

Quelques détails complémentaires sont ici indispensables :

Dans toute laparotomie à l'hôpital Lourcine-Pascal, on ferme la plaie abdominale par quatre plans de suture; on obtient ainsi des cicatrices d'une solidité qui défie toute éventration.

Les deux plans les plus profonds sont deux surjets au catgut faits avec le même fil et qui comprennent : le premier, le péritoine ; le second, les muscles droit et leur aponévrose.

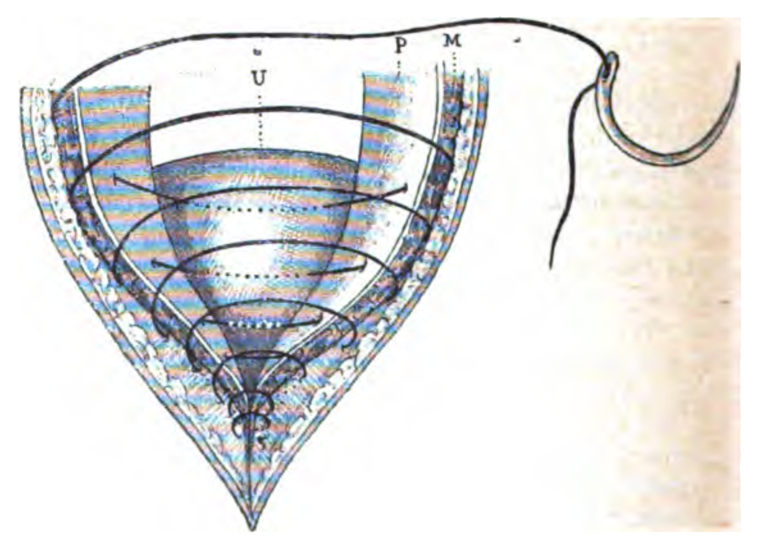
C'est au-dessus de ces deux plans que M. Pozzi place à 1 cent. 1/2 environ de distance les uns des autres, des points séparés de grosse soie qui vont ressortir à deux travers de doigt de l'incision. Ces points constituent les *sutures de soutènement*. Ils sont noués seulement après qu'on a placé et fixé des points plus superficiels, lesquels faits avec de la soie très fine ou du catgut, comprennent seulement la peau.

Dans la gastro-hystéropexie, M. Pozzi remplace inférieurement les deux sutures profondes au catgut par un surjet unique avec de la soie. Il comprend la partie antérieure de l'utérus dans la suture, de sorte que l'aiguille conduite de gauche à droite perfore

successivement l'aponévrose postérieure du droit, le péritoine, l'utérus sur la ligne médiane, puis de l'autre côté le péritoine et l'aponévrose ; l'utérus est ainsi fixé par 3 points à la moitié supérieure de la plaie. Au-dessus de ce surjet à la soie qui constitue une suture fixatrice perdue, la plaie abdominale est fermée comme d'habitude.

L'opération a duré 35 minutes. Pansement iodoformé ordinaire. Tampon iodoformé introduit profondément dans les culs-de-sacs vaginaux

Dans l'après-midi, 2 vomissements muqueux. Champagne glacé. La malade se plaint d'une sensation de tiraillements, de pesanteur à l'hypogastre. Température vespérale, 38°,4. La nuit la malade dort bien. Dès le lendemain la température retombe à la normale et s'y maintient. La malade demande à manger et peut uriner seule.



Hystéropexie abdominale, fixation de la face antérieure de l'utérus par un surjet de soie.

U. Utérus. — P. Péritoine. — M. Couche musculo-aponévrotique.

Le troisième jour, les douleurs qu'elle éprouvait avant son entrée à l'hôpital ont disparu. 1er pansement le 23. Réunion par première intention. Les fils sont enlevés le 26.

Pendant 12 jours, on renouvelle tous les deux jours le tamponnement vaginal en ayant bien soin de placer le tampon dans les culs-de-sac de façon à faire à l'utérus un véritable coussin sur lequel il repose sans tirer sur les sutures.

Le 18 mai, la malade a ses règles; elles durent 4 jours et ne s'accompagnent d'aucune douleur.

Le 23, la malade commence à se lever; l'utérus est parfaitement fixé à la paroi abdominale, le col regarde en bas et en arrière. Les douleurs n'ont pas reparu, il persiste une sensation de pesanteur quand la malade a marché, mais cette sensation disparaît à son tour peu à peu.

Le 31, la malade quitte l'hôpital ne souffrant plus. L'utérus est solidement adhérent à la paroi abdominale, toutefois le col regarde un peu en avant, il semble que la partie de l'utérus non fixée se soit incurvée de façon à présenter une concavité antérieure probablement sous les efforts de distension de la vessie.

Cette observation est intéressante ; elle montre l'heureux résultat donné par la gastro-hystéropexie, dans un cas où l'opération d'Alquié-Alexander avait complètement échoué. C'est le premier cas de fixation de l'utérus à la paroi abdominale par la suture continue. Ce procédé est d'une grande rapidité d'exécution et évite les nœuds des sutures à points séparés.

Obs. II (résumée). — *Rétroflexion adhérente.— Gastro-hystéropexie. —Guérison.* —La nommée Marguerite Did..., 27 ans, salle Pascal, A, lit n° 17. Réglée à 13 ans, régulièrement. Leucorrhée légère depuis l'âge de 21 ans. Jamais de grossesse ni de fausse couche.

Début de l'affection en juin 1885 par une sensation de pesanteur hypogastrique, douleurs dans les cuisses, les reins, le bas-ventre, accusées surtout pendant la marche, après une fatigue. Jamais de ménorrhagies. Examen sous le chloroforme.

Diagnostic: Rétroflexion adhérente, irréductible sous chloroforme.

Laparotomie, le 6 mai 1889, par M. Pozzi, assisté de MM. Baudron et de Lostalot, internes du service. Incision médiane de 5 centimètres. La vessie remonte très haut en avant de l'utérus. Libé-

ration de l'utérus adhérent en arrière qui est fixé par le procédé décrit ci-dessus.

Au 5e jour la température s'élève à 38°,5. Il existe une suppuration de la partie inférieure de la plaie qui en nécessite la désunion. Cette suppuration dure jusqu'à la complète élimination du fil de soie qui fixe l'utérus à la paroi abdominale. Au 3e jour qui suivit l'opération la malade a présenté des symptômes légers de cystite qui disparurent complètement au 11e jour. Elle quitte l'hôpital le 30 mai éprouvant encore un peu de pesanteur au niveau de l'anus, et quelques tiraillements au niveau de la cicatrice abdominale à laquelle l'utérus est d'ailleurs resté fixé très solidement.

Cette opération montre combien il est indispensable de se servir de matériaux rigoureusement aseptiques. La soie qui avait servi dans cette opération n'avait pas été assez récemment bouillie. C'est à cette circonstance que M. Pozzi attribue la suppuration. On ne saurait incriminer la suture continue ; une suture à points séparés eût été pareillement éliminée dans les mêmes circonstances, l'infection d'un seul des points de suture se serait alors sûrement propagée aux points voisins. Quant à la fixation de l'utérus, persistant à l'élimination du fil, elle n'a rien de surprenant. On sait que Léopold ne fait qu'une suture temporaire, et enlève ses fils, noués sur la peau, vers le 15e jour. Il obtient ainsi des adhérences lâches qu'il juge suffisantes, et il reproche même à la suture perdue de provoquer un rapprochement trop intime et trop immédiat de la face antérieure de l'utérus avec la paroi abdominale.

H. — CASTRATION POUR FIBROMES

La castration pour fibromes peut agir, soit seulement comme oophorectomie contre les hémorrhagies, soit aussi comme salpingectomie contre les douleurs provoquées par des trompes enflammées.

Dans les cas de douleurs intenses accompagnant les corps fibreux, on doit souvent les attribuer à la salpingite chro-

nique hypertrophique. Le fait suivant en est un remarquable exemple.

OBS. (RÉSUMÉE). — *Corps fibreux multiples. — Salpingite parenchymateuse chronique et hématosalpinx. — Douleurs intenses sans métrorrhagie. — Ablation des annexes. — Guérison des douleurs et diminution de la tumeur.* — Marie Duca..., 40 ans, lit nº 25. Réglée à 16 ans régulièrement. A partir de 24 ans règles douloureuses durant 3 jours.

Mariée à 25 ans. Deux mois après, grossesse normale. Retour de couches 6 mois après l'accouchement. Les règles sont devenues de plus en plus douloureuses. *Jamais de métrorrhagies.* Leucorrhée assez abondante depuis 7 ans.

M. Pozzi fait le diagnostic d'un corps fibreux du volume d'une grosse orange siégeant au niveau de la corne utérine gauche. De plus, il constate que les annexes sont très augmentées de volume. Il propose la castration qui est acceptée.

Laparotomie le 8 octobre, avec l'aide de MM. de Lostalot et Baudron, internes du service. Incision de 7 cent. Outre la tumeur principale, on note la présence d'une multitude de petits fibromes qui criblent le tissu utérin. Rien à noter dans l'ablation des annexes du côté droit. A gauche, l'ovaire et la trompe sont tellement adhérents qu'ils sont arrachés par lambeaux. Des deux côtés les trompes sont volumineuses, à parois très épaisses et contiennent du sang. Durée de l'opération, 25 minutes. Le ventre est refermé sans lavage ni drainage. Les suites opératoires furent simples. Aucune réaction fébrile. Les fils sont enlevés au 9e jour, réunion par première intention.

On doit signaler une hématémèse assez abondante trois semaines après l'opération, au moment précis où la malade aurait dû avoir ses règles.

Actuellement (7 février), elle ne souffre plus et le toucher permet de constater déjà une notable diminution du fibrome.

I. — OPÉRATIONS DE BATTEY

OBS. (RÉSUMÉE). — *Hystérie grave avec accès de folie survenant à l'époque des règles. — Paraplégie. — Dysménorrhée. — Prolapsus des ovaires avec dégénérescence scléro-kystique.* —

Castration. — Amélioration notable. — Mme Iv..., 32 ans; pas d'antécédents héréditaires ou pathologiques, réglée à 12 ans, régulièrement, jusqu'à l'âge de dix-huit ans; à cet âge, apparaissent des métrorrhagies fréquentes avec douleurs vives dans le côté gauche, au niveau des annexes de ce côté; ces douleurs sont exagérées à l'époque des règles. Mariée à 17 ans; les métrorrhagies cessent peu de temps après le mariage, mais les douleurs dysménorrhéiques persistent. Quatre grossesses; deux accouchements à terme, deux fausses couches de trois mois. A la suite de la dernière fausse couche, il est survenu des métrorrhagies abondantes qui n'ont cessé qu'il y a six ans (1883), à la suite d'un traitement suivi à Franzensbad.

Depuis cette époque la malade a toujours été bien portante, sauf des douleurs aux époques, jusqu'en 1884. Vers cette époque, et sitôt après la mort de son mari, se manifestent des troubles hystériques consistant en vertiges, palpitations, frayeurs au moindre bruit, accès de gaieté et de larmes; ces symptômes s'exagèrent au moment des règles; il n'y a jamais eu d'attaque proprement dite; la moindre frayeur ou émotion est suivie d'un tremblement violent qui secoue tout le corps et dure quinze à vingt minutes.

En 1885, la malade vient à Paris consulter le Dr Charcot, qui l'a soignée jusque vers l'époque où elle a été opérée; amélioration assez notable de la santé la première année qui a suivi le traitement du Dr Charcot; mais au bout d'une année les troubles nerveux sont revenus plus intenses qu'auparavant; en octobre 1889, hémiplégie gauche et paralysie des deux membres inférieurs, survenues brusquement : impossibilité absolue de marcher, insensibilité à la piqûre et à la température distribuée par zones dans tout le côté gauche; aphasie passagère; hallucinations de la vue accompagnées de cris, gestes désordonnés, état de folie véritable. La malade est vue par MM. Pinard et Pozzi. L'examen des organes génitaux internes démontre qu'il existe une rétroposition de l'utérus ainsi qu'un prolapsus des deux ovaires fixés dans le cul-de-sac de Douglas. La castration est proposée et acceptée par la malade.

Opération pratiquée le 5 décembre 1889 avec l'aide de MM. Baudron et de Lostalot-Bachoué, internes du service.

Incision de 6 centimètres; après libération des ovaires et trompes adhérents dans le cul-de-sac de Douglas, le pédicule est lié de

chaque côté par un nœud de Lawson Tait, puis excisé; il faut noter que l'utérus était également fixé en arrière au rectum par de solides adhérences. Mais, après sa libération et l'ablation des annexes, il se maintient parfaitement redressé. Les lésions notées sur les pièces enlevées consistaient en sclérose des deux ovaires qui étaient également atteints de dégénérescence micro-kystique.

Trois jours après l'opération, la malade est atteinte par l'influenza qui est bientôt suivie de bronchite intense; les efforts de toux ont amené un petit épanchement sanguin à la partie inférieure de la plaie qui s'est désunie superficielle à ce niveau ; les suites opératoires, malgré ce léger accident, ont été excellentes.

Depuis l'opération les troubles nerveux ont été en diminuant de jour en jour.

État constaté fin mars 1890 : Plus d'hallucinations, plus d'accès de folie, les frayeurs et les tremblements ont en partie disparu, la paraplégie est très diminuée, la malade marche assez facilement en s'appuyant au bras d'un aide; les accidents nerveux qui existaient avant l'opération ont considérablement diminué; mais à l'époque ordinaire des règles, qui ont cessé, l'opérée ressent toujours des douleurs lombaires assez vives.

La castration n'a pas été faite ici sur des organes absolument sains et en l'absence de toute indication locale ; d'une part il y avait dysménorrhée intense, coïncidence avec l'aggravation de symptômes nerveux, d'autre part le toucher montrait les ovaires prolabés et fixés dans le Douglas, et l'utérus en rétroposition.

L'opération d'ailleurs trop récente pour qu'on puisse en apprécier les résultats, a amené une grande amélioration.

J. — CASTRATION POUR OOPHORO-SALPINGITE CHRONIQUE

Observation. — Mme Her., 26 ans; réglée à 12 ans, jamais bien régulièrement; leucorrhée dès l'établissement des règles, celles-ci ont toujours été douloureuses; suppression des menstrues pendant 14 mois vers l'âge de 13 ans, les règles sont ensuite revenues, mais d'une façon irrégulière, peu abondantes ; il y a eu à l'âge de 13 ans, deux ménorrhagies très abondantes. Mariée à 18 ans, pas

de grossesse ; sitôt après le mariage, la malade a commencé de souffrir de plus en plus dans le bas-ventre, les reins, les cuisses, constipation opiniâtre. Au mois de septembre 1886, crise douloureuse avec ballonnement du ventre qui est très sensible surtout à droite ; pas de fièvre ni vomissements ; cet état a nécessité un séjour d'un mois au lit. C'est à la suite de cette crise que Mme H. a quitté le Chili pour venir à Paris, où elle consulte plusieurs chirurgiens qui diagnostiquent, les uns une métrite avec salpingite, les autres un exsudat paramétrique ou un fibrome ; la malade fait aussitôt le voyage de Paris à Berlin où elle va voir le Dr Olshausen, celui-ci l'a soignée à sa clinique pendant trois mois pour une métrite sans prononcer le mot de salpingite ; à droite il a pourtant constaté une tumeur comme une mandarine. A la suite de ce traitement la malade s'est bien portée pendant 3 mois, puis les symptômes douloureux sont revenus. A son retour à Paris, consultation de plusieurs chirurgiens parmi lesquels M. Pozzi, et M. Bouilly qui diagnostiquent une double salpingite déterminant les troubles dysménorrhéiques si intenses ; on propose l'opération qui est acceptée.

Opération le 7 juillet 1889, par le Dr Pozzi, assisté du Dr Bouilly et de MM. de Lostalot et Baudron, internes du service.

Incision abdominale de 6 centimètres ; l'utérus est fortement fixé par des adhérences latérales.

A gauche, il existe une tumeur fluctuante et à parois minces. transparentes, siégeant dans le ligament large. Elle est ponctionnée et il en sort environ 200 gr. de liquide citrin, dont une partie se répand à l'intérieur à cause de la friabilité de la poche ; il est recueilli tout entier sur des compresses-éponges. Il s'agit d'un kyste séreux du ligament large.

Au-dessus, les annexes sont confondues en une seule masse charnue, le pavillon de la trompe étant étroitement fusionné à l'ovaire On lie le pédicule et on excise la tumeur en y comprenant la partie du ligament large où se trouve le kyste .

A la coupe on voit dans l'ovaire un très petit kyste folliculaire au milieu du tissu scléreux qui compose la masse. La lumière de la trompe peut être suivie jusqu'au pavillon exclusivement : ce dernier, oblitéré, n'est plus reconnaissable.

A droite, les annexes sont confondues en une masse scléreuse accolée à l'utérus et au cul-de-sac de Douglas. On la décortique péniblement avec les ongles et on arrache ainsi la tumeur ovario-

tubaire sans avoir pu faire ligature préalable du pédicule. Les deux organes sont fusionnés. Dans l'ovaire, à la coupe, existe un kyste à contenu blanc, de la consistance du lait caillé, de la grosseur d'un gros pois chiche. Impossible de reconnaître la trompe. Au-dessous de l'ovaire, on distingue dans le ligament large une petite masse très dure du volume d'un haricot contenant un noyau à couches concentriques et de consistance presque crétacée, ressemblant à un kyste folliculaire hématique rétracté. L'abdomen est refermé sans lavage ni drainage.

Un mois après l'opération première, des signes de paramétrite ont apparu surtout à gauche et une tuméfaction douloureuse s'est formée dans le ligament large. Des évacuations purulentes ont eu lieu par le rectum. M. Pozzi projette d'ouvrir la collection au niveau de la cicatrice dès les premiers jours du mois d'août, mais l'opération est remise sur l'avis du consultant. Un orifice fistuleux se produit au-dessus du pubis. Le 26 septembre il est agrandi, dilaté avec le doigt, débridé, et on arrive dans une cavité vide qui est tamponnée à la gaze iodoformée, après qu'un drain en croix a été passé par le vagin.

A partir de ce moment les évacuations rectales cessent ; la suppuration se fait jour par le tube et l'orifice de la paroi abdominale. Le tube est retiré au bout de 16 jours, et on continue à introduire une lanière de gaze par l'orifice abdominal. Cet orifice donnant accès à un trajet de 12 centim. environ, est resté fistuleux et fournit un peu de suppuration qui paraît venir seulement des parois.

État général excellent. Les règles sont revenues peu de jours après la 1re opération et depuis lors à date à peu près fixe sans douleurs notables. Il y a eu du sang par l'orifice fistuleux, en abondance en octobre et novembre, et une petite quantité en décembre.

La malade part pour le Chili au commencement de janvier en très bonne santé, n'ayant plus de douleurs, ayant repris la vie active, mais conservant toujours une petite fistulette à la partie inférieure de sa cicatrice.

D'après les antécédents, il y a grande probabilité de croire à l'existence d'un pyosalpinx droit avec péri-salpingite, terminé par la production d'une salpingite insterstitielle atrophique ; à gauche il s'agissait d'une salpingite chronique

interstitielle ayant peut-être la même origine, mais ne s'étant pas accompagnée de péri-salpingite aussi intense. Les lésions d'ovarite chronique étaient aussi très importantes. L'opération a été faite ici contre la dysménorrhée et les douleurs ; elle a présenté des difficultés extrêmes : un fait qui est assez intéressant est l'arrachement de la tumeur droite sans qu'il ait été nécessaire d'appliquer une ligature.

K. — ENTÉRORRHAPHIE POUR FISTULE PYO-STERCORALE

OBS. — *Abcès pelvien ; première laparotomie. — Guérison avec une large fistule stercorale. — Un an après, seconde laparotomie, éviscération complète, recherche de la perforation intestinale, entérorrhaphie. — Guérison avec persistance d'une fistulette.* — Marguerite M..., surveillante à l'asile d'aliénés de Vaucluse, atteinte de salpingite et de métrite cervicale intense, subtile curettage et l'opération de Schröder au commencement de 1888. Après une courte amélioration, les phénomènes de salpingite s'accusent, puis s'aggravent brusquement ; tous les signes d'une péri-métro-salpingite (pelvi-péritonite) suppurée se manifestent : fièvre hectique, vomissements incessants, dépérissement extrême. La malade entre à Pascal

Le 4 mars 1888, M. Pozzi pratique la laparotomie. Il tombe sur un épaississement considérable de l'épiploon, formant un tablier adhérent au-devant de la masse intestinale qui est elle-même agglutinée par des adhérences intimes. Il est nécessaire d'inciser l'épiploon de haut en bas de la plaie, pour passer à travers, et détacher avec des précautions infinies les anses intestinales, afin de pénétrer dans la profondeur. A un certain moment, une éraillure est produite dans le gros intestin, rempli de matières, et un petit cylindre vermicellé de matière fécale se fait jour à ce niveau. On applique aussitôt deux rangées de points de suture de Lembert à la soie. Enfin, l'opérateur parvient profondément dans le cul-de-sac de Douglas sur un foyer purulent très fétide qui est évacué, lavé et bourré de gaze iodoformée. Le tamponnement de Mikulicz est aussi fait au niveau de la suture intestinale ; la réplétion de l'intestin par des matières fécales que ni purgation ni lavements n'ont

pu évacuer, font craindre, en effet, l'infection de la suture et son échec.

Au bout de quatre jours, quand on retire la gaze iodoformée, des matières fécales s'échappent par la plaie. La malade n'en arrive pas moins rapidement à la guérison et reprend un embonpoint remarquable. Mais les matières sortent en abondance par la fistule, quoique la majeure partie soit toujours évacuée par l'anus. L'orifice fistuleux est situé au fond d'un entonnoir cicatriciel très profond. Un stylet y pénètre de haut en bas jusqu'à dix centimètres.

Après une attente d'un an environ, sur les instances de la malade, une nouvelle laparotomie est pratiquée le 10 mai 1889 avec l'aide de MM. Laffitte et Baudron, internes du service.

La malade étant anesthésiée, M. Pozzi cherche d'abord à dilater l'orifice et le trajet de la fistule avec des bougies de Hegar, pour se rendre compte avec le doigt de sa longueur et de ses connexions. Pendant ce temps un aide introduit dans le rectum une sonde en gomme. Mais M. Pozzi ne peut parvenir à mettre son doigt en contact avec cette sonde. Il incise alors la paroi abdominale au-dessus et au-dessous de l'anus contre nature sur une étendue de 10 centim., circonscrit l'orifice de la fistule par une incision circulaire et excise le tissu cicatriel. Le péritoine étant ainsi ouvert, M. Pozzi découvre un trajet intermédiaire à l'ouverture intestinale et à l'ouverture abdominale, sorte d'entonnoir granuleux et limité de toutes parts par des anses intestinales. Il les détache avec précaution les unes des autres et dans l'impossibilité où il est de retrouver ainsi l'orifice intestinal, qu'il pense situé vers la partie supérieure du rectum, il se décide à faire l'éviscération complète. Toute la masse intestinale est retirée de l'abdomen et maintenue sur le ventre, protégée par des compresses antiseptiques chaudes.

M. Pozzi fait alors verser dans l'abdomen un peu d'eau boriquée bouillie et voit immédiatement le liquide entrer dans un orifice de la dimension d'un pois chiche situé sur la partie inférieure de l'S iliaque. Il suture aussitôt les bords de cet orifice par dix points de soie fine (suture de Lembert), dont quatre profonds et six superficiels. Une épaisse lanière de gaze iodoformée est placée au niveau de l'orifice suturé et forme un tamponnement protecteur pour le cas où la suture viendrait à manquer. Tout l'entonnoir granuleux est gratté et cautérisé au thermocautère. L'intestin est réintégré, et la plaie abdominale refermée, sauf à

l'angle inférieur où ressort la lanière de gaze. L'opération a duré 55 minutes. Le soir, la température n'était que de 37°. La malade a de violents vomissements. Dans la nuit elle défait son pansement. Champagne et glace.

Au 4e jour on enlève le tamponnnement de gaze iodoformée, et l'on constate que la fistule donne de nouveau issue à des matières fécales. La malade est mise à la diète lactée. Naphtol à l'intérieur.

Pendant quinze jours les matières sortirent en abondance bien que la majeure quantité passât dans le rectum d'où elles étaient évacuées par des lavages.

La quantité des matières diminua notablement vers le 15e jour. On fit dès lors dans le trajet des cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent tous les deux jours.

L'orifice cutané qui avait des tendances à diminuer rapidement de calibre était dilaté de temps en temps avec des tiges de laminaire.

La malade fut maintenue au régime lacté jusqu'à la fin d'août. A cette époque elle commença à prendre quelques aliments solides.

Elle quitte l'hôpital le 5 novembre 1889, c'est à peine s'il existe un léger suintement de pus ayant une odeur fécale et très rarement d'un peu de matière diarrhéique au niveau de la fistule, qui n'admet plus qu'un stylet très fin.

Cette malade a donc subi deux fois la laparotomie ; la première, pour une affection qui compromettait sa vie, la seconde pour une infirmité dégoûtante. Cette dernière laparotomie est intéressante à deux points de vue. D'abord elle montre combien chez cette malade à été bénigne l'éviscération complète qui n'a pas duré moins de 35 minutes. En second lieu elle a donné un résultat considérable. Si la guérison n'est pas complète, on a du moins transformé une large fistule pyostercorale, qui constituait une grave infirmité, en une fistulette presque insignifiante.

LA CLINIQUE DE GYNÉCOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ DE MOSCOU

Par Madame R. Boyer.

Le 26 mars 1889 l'Université impériale de Moscou a inauguré la clinique de Gynécologie, dirigée par le professeur W. F. Snéguireff. Il nous a paru que le public français n'apprendrait point sans intérêt comment a été construit cet établissement modèle et comment il fonctionne.

La Clinique de gynécologie de Moscou n'est pas un établissement hospitalier assimilable aux différents services de clinique des hôpitaux de Paris, c'est une clinique d'enseignement, s'administrant elle-même sous le contrôle de l'université, n'admettant que des malades susceptibles de fournir au professeur une occasion de leçon ou de démonstration intéressante, renvoyant les autres dans les différents hôpitaux entretenus par la municipalité.

La Clinique de gynécologie, bien qu'appartenant à l'université, n'a pourtant point été bâtie par l'État : c'est une fondation particulière, due à la générosité d'un riche industriel de Moscou, M. Morozoff. Par un acte qui remonte à 1885, M. Morozoff a légué à l'université une somme de 80,000 roubles, soit 208,000 fr. pour les frais de premier établissement d'une clinique gynécologique de 40 lits : il prenait à sa charge l'entretien perpétuel de 5 lits, les autres devant être entretenus par l'université, qui s'engageait d'ailleurs à assurer le bon fonctionnement des services.

Maîtresse d'adopter tels plans qu'il lui plairait, l'université ne voulut point agir à la légère, et avant de commencer les travaux, elle chargea deux de ses membres, les professeurs Snéguireff et Erisman, et un architecte de valeur, M. Bykovski, d'aller examiner sur place les derniers perfectionnements apportés dans la construction et l'organisation des services de clinique de l'Europe occidentale. Le plan ar-

rêté, on se mit à l'œuvre, et, comme l'on n'avait point à compter avec les lenteurs de la tutelle administrative, on alla vite en besogne : ainsi que nous l'avons dit en commençant, la Clinique a été inaugurée l'année dernière, moins de quatre ans après l'acte de donation qui l'avait instituée.

I

La Clinique de gynécologie s'élève sur une vaste place découverte, plantée d'arbres et qui, dans peu d'années, deviendra le centre d'enseignement pratique de la faculté de Moscou. En effet, à côté de la Clinique de gynécologie, à côté des cliniques déjà ouvertes d'accouchement et de médecine mentale doivent s'élever bientôt les autres cliniques en projet; nous n'avons pas besoin de faire ressortir les avantages de cette concentration.

La Clinique de gynécologie se compose d'un bâtiment unique, rez-de-chaussée élevé de plusieurs marches et premier étage, avec sous-sol. Ce bâtiment sert exclusivement aux malades et à l'enseignement : les servitudes et les logements du personnel hospitalier sont installés à part, sans communication avec la clinique proprement dite.

Les dispositions générales du plan pour l'un et l'autre étage sont les suivantes : large corridor latéral, d'un bout à l'autre de l'édifice ; les chambres des malades, orientées au sud-est, s'ouvrant sur le corridor. Le corridor, voûté, à plancher peint, a 3 m. 55 de largeur, 4 m. 26 de hauteur ; les chambres des malades, à parquet ciré, présentent même hauteur d'étage et une profondeur de 6 m. 40, à l'exception des chambres à un lit dont les dimensions sont moindres; pour chaque lit, une moyenne de 45 à 53 mètres cubes d'air. Deux escaliers mettent en communication le rez-de-chaussée et le premier étage.

Le problème à résoudre était celui-ci : comment assurer à un bâtiment unique les conditions de propreté et d'isolement des parties qu'on réalise dans le système des pavillons?

La solution adoptée nous paraît de nature à satisfaire les plus exigeants : c'est ce que nous montrera une description sommaire.

La Clinique de gynécologie comprend cinq parties distinctes, à savoir : au rez-de-chaussée, la salle de cours et ses annexes, la salle de consultation pour les malades externes, la section de « *thérapeutique* » et de convalescence ; au premier étage, la section de chirurgie *non laparotomique* avec salle d'opération spéciale ; la section de laparotomie, avec salle d'opération spéciale.

1° La salle de cours, disposée en amphithéâtre, haute des deux étages du bâtiment dont elle forme une des extrémités, peut recevoir 250 auditeurs. Elle est éclairée par une baie vitrée haute de 7 mètres, large de 4, flanquée de deux fenêtres latérales, et par une lanterne ouverte dans le toit ; la lumière se concentre sur la table d'opération. L'eau n'est pas moins généreusement prodiguée : tuyaux d'arrosement, robinets, lavabos, vases pour laver les instruments, etc.; après chaque cours, le sol, formé de dalles finement ajustées, est lavé à grande eau. Les malades sont amenées par un corridor spécial sans communication avec celui qui sert aux étudiants. Les opérations de petite chirurgie gynécologiqne peuvent être faites dans cette salle, suivant que le professeur le juge opportun.

Cette partie de la clinique comprend en outre divers laboratoires et une bibliothèque au premier étage.

2° La salle d'admission et de consultation pour les malades externes est précédée d'une salle d'attente et d'un cabinet où l'on interroge la malade et où on prend son observation sommaire avant de l'introduire dans la salle d'examen.

Dans la salle d'attente sont disposées des banquettes rembourrées à dossier et deux lits pour les malades trop faibles. Chaque malade, appelée suivant l'ordre des numéros distribués à l'entrée, est introduite dans le cabinet d'observation : un ordinateur (docteur faisant les fonctions remplies en France par les internes) l'interroge d'après un formulaire

gynécologique toujours le même, consigne ses observations sur un registre spécial, puis on remet à la malade le duplicata qu'elle présente, en entrant dans la salle d'examen, au chef de service. Celui-ci, guidé par les indications qui lui sont ainsi remises, examine la malade et pose le diagnostic, qui est immédiatement inscrit sur la feuille d'observationdu registre. Si la malade doit revenir une ou plusieurs fois à la consultation, il suffit de se reporter à cette feuille sans l'interroger de nouveau. Dans la salle d'examen, longue de 9 m. 40, large de 6 m. 40, un fauteuil en fer pour l'examen au spéculum (du modèle conseillé par Schrœder dans son traité des « Maladies des organes génitaux de la femme », p. 5 de la traduction française), un canapé, un lit, un appareil à injection, une couchette pour le massage, un appareil d'électrisation, une armoire pour les instruments, des lavabos d'eau froide et chaude.

Cette partie de la clinique a ses water-closets et ses bains à part ; nulle malade ne peut être admise dans les autres salles sans avoir, au préalable, pris un bain de propreté et changé de vêtements dans cette section.

3° La section de thérapeutique se compose d'une salle à 6 lits et de 2 chambres à 2 lits. Dans cette section sont placées les malades atteintes d'affections qui, sans nécessiter d'intervention chirurgicale, réclament des soins médicaux. Bains et douches.

La section de convalescence comprend une salle de 8 lits, 2 chambres à 1 lit.

Ces 2 sections, ayant une sortie séparée, peuvent être complètement isolées en cas de besoin.

Montons au premier étage.

4° La section de chirurgie non laparotomique comprend : 1 salle de 6 lits, 1 salle de 4 lits, 2 chambres à 2 lits, 1 chambre à 1 lit ; une salle d'opérations ; une salle de bains, des water-closets. La salle d'opération n'ouvre point sur les salles de malades, mais sur le corridor latéral ; elle mérite d'ailleurs une description spéciale : nous y reviendrons plus bas.

5° La section de laparotomie comprend 5 chambres à un lit, une salle d'opérations, une salle de bains, des water-closets. Cette section, ayant une sortie à part, est complètement isolée de la section de chirurgie.

Les malades sont réparties dans les salles communes ou dans les chambres à lit unique suivant les prescriptions du médecin et nullement suivant leur condition de malades payantes ou indigentes.

Telle est la disposition générale de la Clinique de gynécologie. On y entretient une propreté rigoureuse : les corridors voûtés, les angles arrondis des salles et des chambres rendent le nettoyage aussi commode qu'efficace. L'ameublement des salles et des chambres a été réduit au strict nécessaire ; pas de rideaux aux lits. Cette proscription de toute tenture parasite n'a pas été étendue aux fenêtres ; nous laissons à de plus compétents le soin de décider s'il faut le regretter.

L'architecte a porté une attention spéciale sur le chauffage et la ventilation ; mais ne croyons pas qu'il y ait en Europe de clinique mieux chauffée, mieux aérée. Les appareils de chauffage et de ventilation sont installés dans le sous-sol. Le système adopté pour le chauffage est celui de *l'eau à basse pression*. La température, partout égale, peut n'être jamais inférieure à 20 degrés centigr., même quand le thermomètre marque — 35° c. au dehors ; mais on peut à volonté régler la température de chaque salle et de chaque chambre. L'expérience n'a pas démenti les promesses de l'architecte : ayant suivi plus de 6 semaines, en décembre et janvier, le service de la clinique, j'ai constaté que la température des chambres de malades se maintenait d'une façon constante à 20° C. ; les variations se chiffraient par dizièmes de degré. La température peu élevée des appareils de chauffage rend impossible la combustion des poussières qui s'y déposent. L'humidité de l'air est maintenue à 50-60 0/0.

De plus, dans la salle de consultation, dans les salles d'opérations, dans les salles de malades, on a construit des cheminées : de cette manière, on peut obtenir une chaleur

temporaire, quand la clinique n'est pas chauffée ; en outre, on sait les heureux effets produits par la chaleur rayonnante sur un grand nombre de malades, surtout après une opération.

La ventilation est complètement indépendante du chauffage. Les appareils de ventilation, fort ingénieusement disposés, amènent dans les diverses parties de la clinique un air d'une absolue pureté, puisé par deux tours isolées du bâtiment principal, et d'une température égale à celle de l'air qu'il remplace : on obtient cette égalité de température en faisant passer les tuyaux de ventilation entre les tuyaux de chauffage. L'ouverture des tuyaux de ventilation, dans les chambres, dépasse la hauteur d'homme; les mouvements d'air ne sont donc pas sentis. Les tuyaux de ventilation assurent par heure un échange d'air :

De 75 mètres cubes dans les chambres de malades, pour chaque lit ;

De la moitié du volume total dans le corridor et les escaliers ;

De 2 fois le volume dans les salles d'opérations et la salle de cours ;

D'une fois le volume dans les autres parties de l'édifice ;

Jusqu'ici la Clinique a été éclairée au gaz à l'exception des chambres de malades éclairées par des lampes ; mais on a l'intention d'installer prochainement la lumière électrique : le gaz sera pourtant maintenu dans les laboratoires et les salles d'opérations.

II

Pour conserver leurs avantages à des dispositions architecturales si mûrement étudiées, si heureusement réussies, il fallait une antisepsie attentive dans les soins chirurgicaux donnés aux malades, une discipline rigoureuse dans le service hospitalier. On n'a point failli à cette tâche.

Comme nous l'avons dit, les diverses parties de la clini-

que sont respectivement isolables. Cet isolement est strictement appliqué à la section de laparotomie. Cette section, spécialement confiée à l'un des ordinateurs, a son personnel particulier, sa salle d'opérations particulière. On nous permettra d'insister sur la disposition des deux salles d'opérations que nous avons déjà mentionnées.

On se rappelle la brillante description de la salle d'opérations de Lyon, insérée dans le « *Bulletin médical* » du 22 décembre 1889 (article du professeur Folet, de Lille). Les deux salles d'opérations de la clinique gynécologique de Moscou, peuvent souffrir la comparaison et présentent l'avantage d'avoir coûté beaucoup moins cher.

Les deux salles de Moscou, s'ouvrant sur le large corridor latéral, et non directement, comme à Lyon, sur les salles de malades, ne diffèrent guère entre elles que par les dimensions : on n'a pas voulu que l'une fût plus parfaite que l'autre, on a voulu seulement avoir une installation complètement séparée pour les laparotomies. La salle d'opérations de chirurgie non laparotomique, dite petite salle, a 9 m. 23 de long sur 6 m. 40 de large ; elle est éclairée par une large baie vitrée et deux fenêtres plus petites ; de plus, un large espace vitré a été ménagé dans le plafond. La salle de laparotomie dite grande salle, a 12 m. 10 de long sur 7 m. 10 de large : elle termine une des extrémités du bâtiment, en pendant avec la salle de cours décrite plus haut. Elle est éclairée par 5 larges baies vitrées, trois faisant face à la porte d'entrée, deux ménagées dans les murs de côté ; de plus, une large ouverture vitrée dans le plafond.

Rien de plus gai que ces vastes salles, baignées de lumière horizontale et verticale, hautes d'étage, avec leurs parois unies, éclatantes de blancheur. Les murs sont peints en blanc et émaillés ; de même le plafond, de telle sorte que la moindre tache y apparaisse immédiatement. Les portes sont en bois verni, de même les montants des fenêtres ; nous regrettons que les portes ne soient pas complètement lisses et qu'on ait passé à l'architecte une fantaisie d'ornementa-

tion qui n'est pas à sa place ici. Le sol est formé de carreaux parfaitement unis et très exactement ajustés. Ainsi, sauf peut-être aux panneaux de la porte d'entrée, rien qui puisse arrêter les poussières ou accrocher les microbes au passage. Les lavages antiseptiques fréquents et prolongés sont directement surveillés par l'ordinateur ; le bon marché des matériaux employés permet des réfections totales ou partielles qu'on serait peut-être embarrassé de pratiquer à Lyon.

Dans un des angles, une cheminée ; dans un autre, un poêle, énorme poêle russe d'un système particulier, qui donne de l'eau distillée chauffée à différents degrés, qui comprend aussi un séchoir à température très haute, et qu'on utilise enfin pour la combustion immédiate des pièces de pansement souillées et du matériel inutile. Le long du mur, des lavabos d'eau froide et chaude. Pour les lavages de la salle entière, une lance donnant un jet sous vigoureuse pression.

La table d'opération est aussi simple que possible : pourquoi rendre coûteux un meuble qu'il peut être utile de remplacer souvent ? Elle est en bois, peinte en blanc et vernie, montée sur quatre pieds isolés ; le plateau, d'un seul morceau massif, légèrement incliné et concave, est recouvert d'une épaisse lame de caoutchouc blanc. L'écoulement des liquides se fait naturellement suivant la pente de la table ; au-dessous se trouve un conduit souterrain, fermé par un grillage métallique, et qui recueille immédiatement les eaux de la table et de la salle entière, grâce à la convergence des carreaux qui en entourent l'ouverture ; cette convergence dépasse de beaucoup la largeur de la table d'opération. L'opérateur et ses aides portent des galoches en caoutchouc pour n'avoir point à redouter l'humidité du sol.

Près de la table d'opération, une table également vernie où l'on dépose les cuvettes et les plateaux ; sur une autre table, les bocaux contenant les divers liquides antiseptiques et fermés par des couvercles très lisses et débordants ; puis les éponges et les diverses pièces de pansement, ouate, gaze

iodoformée, etc., dans des boîtes métalliques et des vases en verre hermétiquement clos ; sur une dernière table enfin, les instruments préparés pour l'opération : l'ordinateur, immédiatement avant l'opération, les a lavés dans l'eau phéniquée à 5 p. 0/0 ; après l'opération, il les lave de nouveau à l'eau phéniquée forte, puis les stérilise dans le chauffoir du poêle.

Les éponges qui servent pour les laparotomies baignent dans de grands bocaux de sublimé, au nombre de six, portant chacun une étiquette sur laquelle est inscrit un des jours de la semaine : chaque jour d'opération a son bocal spécial. Après chaque laparotomie, l'ordinateur lave les éponges dans l'eau, puis les laisse 24 heures dans le sublimé ; cette opération est répétée six ou sept fois.

Les instruments, fournis habituellement par les maisons les plus renommées de Paris et de Londres, sont rangés dans une armoire de verre à quatre tablettes : une fois par semaine l'ordinateur nettoie lui-même cette armoire à l'alcool pur et il en garde la clef. Les armoires de verre ont leurs baguettes de charpente en bois uni peint en blanc et verni. Il va sans dire que jamais un instrument d'une des deux salles n'est porté dans l'autre ; nous le répétons, chacune des salles d'opération a son outillage à part et complet.

La malade, si elle ne peut venir elle-même à la salle d'opération, est amenée sur son propre lit, grâce à l'ingénieux système de patins à roulettes du professeur Volkmann de Halle. Si simple et si rigoureusement propre que soit la literie, cette pratique nous paraît fâcheuse ; ne serait-il pas préférable d'amener la malade sur une couchette spéciale ? Avant de pénétrer dans la salle d'opérations, la malade a pris un bain, et on lui a fait la toilette du champ opératoire. Dans la salle même, on la lave de nouveau, à l'alcool, avant de la placer sur la table d'opération.

L'opérateur et ses aides sont revêtus de larges blouses qui enveloppent le corps tout entier, ce costume est de rigueur pour quiconque pénètre dans ces sanctuaires de

l'antisepsie. Des blouses propres sont distribuées à l'entrée de la salle de laparotomie : elles sont mises au sale après chaque opération.

Les réservoirs pour les lavages, d'une contenance de 9 lit., réservoirs d'eau distillée, d'eau boriquée, d'eau phéniquée, de sublimé, maintenus à une température de 37°,5 C. munis d'un long tube de caoutchouc, sont mobiles chacun le long d'une tige de fer haute de plus de 2 mètres, soutenue par quatre pieds et très aisément transportable. Ce système, fort commode pour l'opérateur, est également appliqué dans les salles et les chambres des malades pour les injections ; chaque malade a son appareil à injection que l'on place sur les tiges portatives à la hauteur que l'on juge convenable.

Après l'opération, les fenêtres sont largement ouvertes et la salle lavée à grande eau. Dans la salle de laparotomie, et, après toute opération particulièrement septique, dans la salle de chirurgie un puissant pulvérisateur de solution phéniquée forte, de système anglais, est maintenu en action pendant 5 heures. Ces différents nettoyages sont directement surveillés par l'ordinateur ; le professeur lui-même ne dédaigne point de mettre la main à l'œuvre et maintes fois nous l'avons vu, après une laparotomie, prendre en main la lance d'arrosage et asperger le sol, les murs et le plafond. On ne saurait trop louer cette intervention directe du personnel médical dans des soins de propreté qui, confiés uniquement au personnel inférieur, risqueraient d'être mal compris ou mal exécutés.

La discipline que le professeur Snéguireff a su obtenir de ses élèves nous paraît contribuer puissamment à l'ordre du service et au bon résultat des opérations. Dans les salles d'opérations, point de places réservées aux visiteurs de passage : pour y être admis même, il faut l'autorisation expresse du professeur.

Le personnel de la Clinique de gynécologie comprend : le professeur chef de service ; son « assistant » (à Paris, nous

disons chef de clinique), deux ordinateurs titulaires, trois ordinateurs auxiliaires, tous cinq docteurs, choisis par le professeur et restant en général trois ans en fonctions ; un docteur massagiste, un docteur électricien, ces deux emplois se justifiant par l'importance extrême accordée dans ce service au massage et à l'électricité ; deux « feldcheritsy » (garde-malades qui ont suivi pendant deux ans un cours d'instruction professionnelle) pour donner aux malades injections et lavements, prendre leurs températures, etc. ; deux surveillantes, onze infirmières. — La Clinique, étant un établissement strictement universitaire, fermera ses portes pendant les vacances : on profitera de cette interruption pour exécuter les travaux.de réparations nécessaires et pratiquer des nettoyages à fond.

Pour montrer l'activité qui règne dans ce service, nous donnerons le relevé des opérations faites du 7/19 novembre au 14/26 décembre 1889, soit pendant un espace de cinq semaines (1).

15 laparotomies se répartissant ainsi :

6 ovariotomies, dont deux avec suppuration du kyste ;

4 myotomies ;

1 néphrectomie par voie abdominale ;

2 salpingotomies ;

1 cas d'ablation bilatérale de kyste para-ovarien ;

1 cas d'ablation d'excroissances papillaires du péritoine (vegetationes papillares peritonei) ;

6 hystérectomies par voie vaginale ;

1 extirpation par voie vaginale d'un myôme sous-muqueux pesant 1 kilog. ;

24 opérations de moindre importance.

Soit un total de 45 opérations pour cinq semaines, opérations qui toutes ont réussi : pas de fièvre, pas de suppuration. Au moment ou nous écrivons, toutes ces malades ont déjà quitté la Clinique.

(1) Du 2/14 septembre au 14/26 décembre 1889, le nombre des malades examinées à la consultation a été de 390.

Ces résultats font bien augurer de l'avenir de la Clinique de gynécologie ; ils font grand honneur à l'homme éminent qui la dirige, au professeur Snéguireff.

Il nous resterait à décrire divers aménagements intérieurs que le défaut d'espace nous oblige à laisser de côté, les deux salons du professeur, les chambres de garde, etc. Bornons-nous à dire que, là où le nécessaire eût suffi, on a pensé même à l'agréable.

Et la carte à payer, nous demandera-t-on ? On s'attendait bien un peu à dépasser les 208,000 fr. de la donation, mais on savait aussi que la générosité du donateur ne demeurerait point en reste. Tout compte fait, les frais de premier établissement se sont élevés à 400,000 francs environ (le terrain avait été donné par la ville).

Je me ferai un devoir en terminant, de remercier le professeur Snéguireff de la bonne grâce avec laquelle il m'a admis à suivre son service. Qu'il me permette de lui en exprimer ici ma vive reconnaissance ; qu'il me permette aussi de répéter que les heureux résultats obtenus à la clinique sont dus, dans une bien large mesure, à sa science, à son admirable talent d'opérateur, à son infatigable activité.

Moscou, 15/27 janvier 1890.

REVUE CLINIQUE

NOTE SUR UN CAS D'OVARIOTOMIE POUR UN PETIT KYSTE DE L'OVAIRE ENCLAVÉ DANS LE CUL-DE-SAC DE DOUGLAS

Par le Dr **Ed. Schwartz**, chirurgien de la Maison municipale de santé, Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

L'observation que nous avons l'honneur de rapporter nous semble intéressante en ce que, malgré l'absence totale d'adhérences d'un kyste ovarique aux parties environnan-

tes, nous avons eu quelque difficulté pour le faire sortir de sa loge par suite de l'adhésion intime des surfaces séreuses et de leur accolement exact.

Il semble qu'il y ait eu là un phénomène analogue à celui qu'on observe, quand on applique l'une sur l'autre deux plaques de verre polies et parfaitement planes, il faut une certaine force pour les séparer. Les efforts que nous avons faits pour extraire la tumeur du cul-de-sac de Douglas, dans lequel elle était enclavée, étaient tels que nous étions fermement convaincus qu'il existait des adhérences très intimes, alors qu'une fois la séparation faite en ces points, le kyste est sorti sans aucune difficulté et présentait partout une surface absolument lisse. Il est bon d'être prévenu de la possibilité de pareilles dispositions dans le cas de tumeurs enclavées dans le petit bassin.

Il s'agissait d'une jeune femme de 27 ans, qui entra à l'hôpital Beaujon en 1888. Elle a été réglée pour la première fois à 17 ans ; elle n'a jamais souffert si ce n'est depuis trois mois ; elle a eu un enfant il y a deux ans qui est arrivé à terme ; elle se croyait enceinte une seconde fois quand il y a deux mois elle sentit, à l'occasion d'un effort, se produire un craquement dans l'hypochondre droit ; elle fit alors une fausse couche suivie d'une hémorrhagie très abondante.

Admise une première fois à l'hôpital Beaujon à ce moment, elle en ressortit encore souffrante pour y rentrer, alors définitivement, au mois de février 1888. Elle se plaint alors de douleurs dans toute la région abdominale avec irradiations dans les reins, les fesses et la partie supérieure des cuisses. Le palper est excessivement douloureux surtout dans la fosse iliaque droite où la moindre pression arrache des cris à la malade et permet de sentir une tumeur profondément située débordant à peine le petit bassin. Le toucher vaginal permet de constater l'existence dans le cul-de-sac droit et postérieur de la même tumeur, très douloureuse à la moindre pression. Le palper bimanuel fait sentir qu'elle est résistante, à peu près régulièrement sphérique, du volume d'une grosse orange. L'utérus paraît normal ; le col est entr'ouvert et laisse écouler un mucus jaunâtre.

La malade affirme qu'elle perd en blanc continuellement depuis 2 mois et qu'à certains moments l'écoulement ressemble à du pus. Nous constatons nous-même l'existence d'une leucorrhée très abondante alternant avec un écoulement séro-purulent assez fétide, après lequel il semble y avoir un grand soulagement.

Tous ces phénomèmes nous font penser à une salpingite consécutive à une fausse couche et très probablement à une salpingite purulente (car la malade a en outre des accès de fièvre de temps en temps), se vidant dans l'utérus, sans qu'il soit possible néanmoins de percevoir la moindre diminution de la tumeur pelvienne. Quoi qu'il en soit, on mit la patiente au repos complet, on lui fit faire des lavages chauds à la liqueur de Van Swieten coupée de 3/4 d'eau ; cataplasmes laudanisés sur le ventre ; elle ne veut pas entendre parler d'intervention.

Peu à peu tous les signes s'amendent, mais la tumeur persiste et les douleurs continuent, elle se décide enfin à l'opération qui est pratiquée au mois de mai 1888. Laparotomie, incision médiane de 8 centimètres.

Quel ne fut pas notre étonnement, quand au lieu de trouver la trompe malade comme nous nous y attendions, nous constatâmes qu'il s'agissait d'un petit kyste non tubaire, mais ovarien, enclavé complètement derrière le ligament large dans le cul-de-sac de Douglas. Nos essais pour l'attirer au dehors furent d'abord tout à fait infructueux, si bien que nous étions persuadé qu'il tenait par des adhérences très intimes à sa loge, elles ne s'expliquaient que trop bien par les phénomènes inflammatoires dont la région avait été le siège. Tout à coup pendant que nous étions occupé à essayer de libérer le kyste à l'aide des doigts, ceux-ci s'insinuent sans difficulté entre lui et le péritoine et toute la tumeur sortit comme par enchantement du fond du bassin tenant à un pédicule qui était gros comme le petit doigt, qu'il nous fut facile de lier et de sectionner.

L'examen immédiat de la surface de la poche kystique nous la montra absolument polie, sans aucune trace de fausses membranes ou d'adhérences. La section nous fit voir qu'il s'agissait d'une petite tumeur polykystique de l'ovaire droit. La trompe droite ne paraît pas altérée, quoique plus volumineuse que celle du côté gauche. L'abdomen est refermé par des sutures aux crins de Florence.

Les suites de l'opération ne furent pas des plus simples. L'opérée fut prise dès le soir même d'agitation, de douleurs vives, de fièvre, le ventre se ballonna un peu dès le lendemain ; tous les signes de péritonite se calmèrent sous l'influence d'application de glace, de sangsues, d'injections sous-cutanées de morphine ; 5 jours après l'opération, perte abondante de sang par le vagin, de caillots fétides. Après cela, la malade entre franchement en convalescence; elle est complètement guérie le 18 juin (l'opération avait eu lieu le 26 mai).

Il y a dans cette observation deux points qui méritent d'être mis en lumière. Le premier qui concerne le diagnostic ; il y avait tout lieu de songer à une lésion de la trompe, comme y faisaient penser les antécédents, les signes de métrite, ceux de pelvipéritonite, la présence d'une tumeur dans le cul-de-sac droit et en arrière ; le second est celui sur lequel nous avons appelé l'attention dès le début et qui montre qu'un petit kyste, même libre de toutes adhérences, peut donner lieu à des difficultés d'extraction auxquelles on ne s'attend pas en général.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'HYSTÉROPEXIE VAGINALE DANS LE TRAITEMENT DES RÉTRO-DÉVIATIONS UTÉRINES

Par **Henri Hartmann**.

Le traitement des rétro-déviations utérines par l'hystéropexie vaginale ou fixation vaginale de la matrice est de date récente.

Amussat, en 1850, avait bien eu l'idée de modifier les insertions vaginales postérieures du col de l'utérus au moyen de caustiques, et Richelot père, puis Courty, avaient publié des cas de guérison de rétroflexion par soudure du col de la

matrice à la paroi postérieure du vagin, mais ce n'était là, en somme, que des tentatives isolées et grossières.

Dans ces dernières années, Schucking en Allemagne et Nicolétis en France eurent l'idée de traiter méthodiquement les rétro-déviations en prenant la paroi vaginale comme point d'appui pour faire basculer l'utérus.

L'opération de Schucking consiste en principe à fixer, au moyen d'une suture, le fond de l'utérus à la paroi antéro-latérale du vagin et à obtenir une soudure du revêtement péritonéal de cet utérus avec la portion la plus profonde du repli vésico-utérin ou avec la portion de péritoine située sur le côté de ce repli.

Après avoir désinfecté le vagin par l'application de tampons imbibés d'une solution phéniquée à 3 p. 0/0 et l'endométrium par des lavages avec de la teinture d'iode, des solutions d'acide phénique ou de chlorure de zinc, Schucking endort sa malade, la place dans la position dorso-sacrée, vide la vessie, applique la valve inférieure du spéculum de Simon ; puis, saisissant avec une pince de Museux la lèvre antérieure du col, il ramène à l'aide d'une forte sonde l'utérus en antéflexion. Cela fait, il introduit jusqu'au fond de l'utérus un porte-aiguille muni d'un crin de Florence (1).

Tirant fortement en bas l'utérus avec la main droite qui tient à la fois la pince de Museux et le porte-aiguille, en ayant soin de diriger la traction de telle sorte que le col de l'utérus soit reporté à gauche et le fond à droite, l'opérateur cherche à l'aide de quelques mouvements de levier à placer le fond de l'utérus de manière à pouvoir reconnaître avec l'indicateur de la main gauche le point qui correspond à l'extrémité du porte-aiguille. A ce moment un aide écarte avec une sonde la vessie, à gauche, le chirurgien fait saillir l'ai-

(1) Ce porte-aiguille est construit de telle façon que la pointe de l'aiguille est cachée. Primitivement Schucking employait la soie bouillie dans une solution phéniquée à 5 p. 0/0. Il l'a abandonnée à cause des difficultés que présente son ablation ultérieure.

guille lentement, progressivement de manière à amener sa pointe dans le vagin. L'extrémité du fil, porté par l'aiguille ramenée et retirée, il ne reste plus pour terminer l'opération qu'à nouer les 2 bouts.

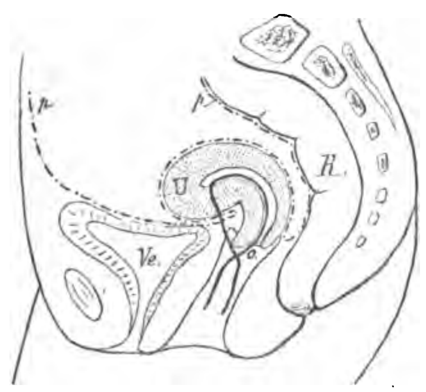


FIG. 1. — Sur cette figure, faite d'après un dessin de Schucking, on voit l'utérus placé en antéflexion et l'on comprend que le fil serré maintienne solidement sa situation nouvelle. — *U*, Utérus. — *R*, Rectum. — *Ve*, Vessie. — *pp*, Péritoine.

On remarquera que, pour faire passer son fil, Schucking a imaginé entre la vessie et la paroi vagino-utérine un espace qui n'a jamais existé que dans son esprit et qui ne correspond à aucune réalité anatomique, la vessie adhérant directement au tiers moyen du col et à la paroi du vagin.

Tampon iodoformé dans le vagin, vessie de glace sur le ventre, légère flexion des cuisses pour éviter le tiraillement des fils. Le fil ne doit être enlevé qu'après la 8e ou la 10e semaine et pendant tout ce temps on doit faire porter un pessaire de Hodge ou de Thomas.

L'opération de Nicolétis, préconisée par L.-G. Richelot, a pour but de redresser, après amputation du col le corps de l'utérus, qu'on fait basculer en avant en prenant point d'appui sur la paroi vaginale postérieure et en attirant vers elle la partie antérieure du moignon d'amputation utérine (1).

(1) C'est l'utérus mobile qu'on suture au vagin fixe, c'est donc bien comme le fait remarquer Richelot une *hystéropexie vaginale* que l'on pratique et non une *élytropexie utérine*. Étant donné que c'est la partie supérieure du col amputé que l'on fixe à la paroi vaginale postérieure, il serait peut-être plus correct de dire avec M. Baudouin : *trachélectomopexie vaginale postérieure*.

Elle repose sur ce fait anatomique qu'il existe autour de la partie supérieure du col utérin une sorte d'anneau fibro-musculaire répondant à la partie supérieure du vagin et aux

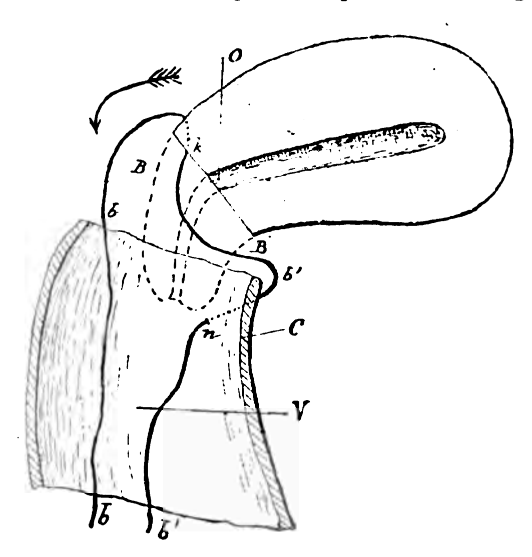


FIG. 2. — Coupe médiane antéro-postérieure, utérus rétrofléchi. La partie du col amputée est marquée en pointillé. *V* est le vagin ; *O* la cavité utérine. On comprend que le fil *bb'* pénétrant en *n*, assez loin en arrière, la paroi latérale du vagin fixe et venant traverser en avant en *k*, le moignon utérin *mobile* tendra lorsqu'on la serrera à amener le point *k* au voisinage du point *n*, déterminant ainsi une bascule de l'utérus dans le sens indiqué par la flèche.

tissus avoisinants, anneau dont l'importance est capitale au point de vue de la fixation de l'utérus (1).

Après une irrigation chaude et prolongée destinée à anémier autant que possible les tissus pour être moins gêné par le sang, on commence par une amputation susvaginale, inci-

---

(1) Pour s'en assurer, il suffit de faire sur le cadavre deux expériences : 1° détacher l'utérus de ses insertions vaginales et du tissu cellulaire qui l'environne en remontant à un centim. au-dessus de ses insertions. Bien que tous les ligaments soient conservés, le fond de l'utérus se déplace suivant la position du sujet; 2° sans toucher aux insertions vaginales, sectionner tous les ligaments jusqu'à l'union du corps et du col, le fond de l'utérus reste immobile quelle que soit l'attitude donnée au sujet (Nicolétis, d'après Debayle).

sion circulaire des culs-de-sac du vagin, décollement de la vessie, décollement du cul-de-sac de Douglas (1). La section du col doit être légèrement conoïde et porter immédiatement au-dessus de l'angle de flexion (2). Jusqu'ici rien de spécial. Tout le procédé consiste dans la manière de placer les fils destinés à suturer la paroi vaginale au moignon utérin.

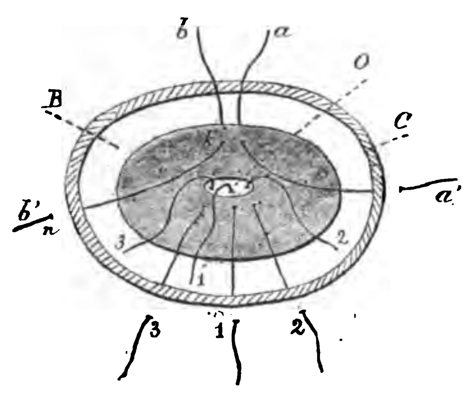


FIG. 3. — Le cercle *C*, marqué de hachures, indique la paroi vaginale sectionnée, la partie ombrée représente la section de l'utérus amputé, *B* le tissu cellulaire péri-utérin. Les fils 1, 1, 2, 2, 3, 3, amènent la muqueuse vaginale postérieure au contact de la partie postérieure de l'endométrium. — Les fils *a a'*, *b b'* pénétrant la paroi vaginale en *n*, l'utérus en *k* amèneront lorsqu'ils seront noués la bascule utérine, indiquée sur la figure 2.

Trois fils 1,1, 2,2, 3,3, placés comme l'indique la figure 3, permettent d'affronter la muqueuse vaginale postérieure à la muqueuse postérieure de la cavité utérine. La bascule de l'utérus est déterminée par deux fils qui, pénétrant la paroi vaginale en arrière de son diamètre transverse vont accrocher la partie antérieure du moignon qui, mobile, bascule pour se mettre en rapport avec la paroi vaginale postérieure

(1) Les artères sont pincées au cours de l'opération et, l'amputation terminée, on place quelques catguts sur les points qui saignent. Si dans le décollement du cul-de-sac de Douglas on déchire le péritoine, on en est quitte pour mettre un ou deux points de suture.

(2) C'est là un point de la plus haute importance ; si l'amputation portait au-dessous de l'angle de flexion on aurait dans celui-ci une charnière mobile qui permettrait immédiatement la reproduction de la flexion en arrière.

fixe lorsque l'on serre le fil (voir fig. 2 le fil *b b k* *b' b'* et fig 3 les fils *b k b'*, a a').

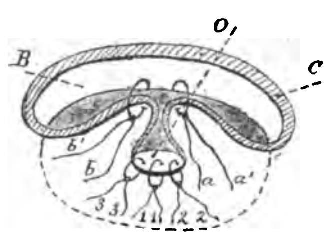


Fig. 4. — Les fils 1,1, 2,2, 3,3, sont serrés ; les fils *a a'*, *b b'* sont noués mais incomplètement serrés ; la plus grande partie de la section utérine est déjà recouverte par la muqueuse vaginale, il ne reste plus à nu que la partie ombrée.



Fig. 5. — Les fils 1, 2, 3, *a*, *b*, sont serrés ; pour recouvrir la partie du moignon utérin encore à nu, il suffit de placer quelques fils complémentaires indiqués en 4, 5, 6, 7, 8.

Lorsque ces fils sont en place on a l'aspect représenté sur la fig. 4. Il suffit pour terminer l'opération de serrer les fils *b'* a a' *b* et de placer (voir fig. 5) quelques fils complémentaires 4, 5, 6, 7 et 8 pour terminer l'affrontement de la muqueuse vaginale avec l'endométrium.

Tels sont les deux procédés d'hystéropexie vaginale actuellement en vogue auprès de quelques gynécologistes.

La fixation vaginale de Schucking nous semble théoriquement présenter une série de défauts graves : 1° danger de blesser la vessie (ce qui n'aurait que peu d'inconvénients, d'après Schucking) ; 2° possibilité de perforer une anse intestinale ; 3° danger d infection péritonéale pour peu que la cavité utérine ne soit pas aseptique. Enfin comme résultat final, elle n'aboutit qu'à remplacer une déviation par une autre déviation, une rétroflexion par une antéflexion ; aussi avons-nous de la peine à croire le dire de l'auteur qui, sur 43 cas, n'aurait pas eu un seul échec et aurait toujours guéri ses malades.

Quant à l'opération de Nicoletis, elle a été, dès son apparition, des plus discutée à la Société de chirurgie. Les uns ont affirmé que la simple amputation du col, pratiquée selon les procédés classiques, suffisait pour amener le redressement

de l'utérus, les autres n'ont pas trouvé dans le vagin un point d'appui suffisant pour la fixation de cet utérus et n'ont vu là qu'un procédé purement théorique; d'autres enfin ont fait observer qu'une flexion ne causait guère de symptômes par elle-même et que les phénomènes douloureux étaient toujours liés soit à une inflammation utérine, soit à une inflammation péri-utérine.

On peut, croyons nous, conclure :

1° Que dans tous les cas, où il existe une lésion inflammatoire péri-utérine (rétro-déviations fixes), l'hystéropexie vaginale de Nicolétis-Richelot est une opération insuffisante, vouée à une échec certain.

2° Que dans les rétro-déviations avec métrite, il faut commencer par le traitement de la métrite, qui, à lui seul, suffit le plus souvent pour amener la cessation des symptômes. Toutefois, comme ce traitement comporte, dans nombre de cas, l'amputation du col, nous pensons que, lorsque celle-ci est indiquée, il y a intérêt à la terminer par la suture de Nicoletis. Celle-ci détermine, ainsi que l'indique Richelot, un redressement mécanique et immédiat, qui, s'ajoutant à la simple amputation du col, paraît être au moins une chance de plus pour que l'organe se maintienne en bonne position ; cette suture n'aura d'efficacité que chez les femmes dont l'utérus ne présente pas la moindre tendance au prolapsus, dont le vagin est ferme, le périnée solide, en un mot, lorsque la rétro-déviation constitue la seule déformation sexuelle appréciable.

Bibliographie. — SCHUCKING. De la ligature vaginale de l'utérus et de son emploi dans la rétro-flexion. *Congrès des naturalistes et médecins allemands.* Cologne, septembre 1888, in *Annales de gynécologie*, décembre 1888, t. XXX, p. 156. — Die vaginale ligature des Uterus und ihre Auwendung bei retroflexio und prolapsus uteri. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1888, p. 817. — Bemerkungen über die Methode der vaginale Fixation bei Retroflexio und uteri. *Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 8, p. 123. — TAMPKE. Zwei Fälle von Retroflexio Uteri, geheilt durch vaginale Fixation nach Schücking, *ibid.*, p. 126. — L.-G. RICHELOT. De l'hystéropexie vaginale dans le traitement des rétro-déviations. *Congrès français de chirurgie,* 1889. *Bull. et mém. Soc.*

de chir., Paris, 1889, t. XV, p. 765. Discuss. : Pozzi, Quénu, Championnière, Bouilly, Trélat, Tillaux. — Debayle (L.-H.). De l'hystéropexie vaginale. Th. Paris, 1889-1890 et 1890. Paris, Steinheil.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances du 29 avril et du 27 mai 1890.

Présentations. — Polaillon. **Fœtus momifié**, âgé de 2 mois 1/2 environ, provenant d'une grossesse extra-utérine. L'observation concerne une femme âgée de 26 ans, irrégulièrement menstruée. En septembre 1889, règles plus courtes que d'habitude, en octobre pas de menstruation. En novembre, au moment d'un effort, violente douleur dans l'abdomen, suivie d'accidents, qui après quelques jours, forcèrent la femme à s'aliter et furent traités comme péritonite. A la suite d'un traitement médical assez prolongé, amélioration très marquée. Vers la fin de janvier, réapparition des règles qui durèrent 8 jours, et consécutivement, constatation d'une tumeur, grosse comme le poing, située dans le ligament large, droit. *Laparotomie.* Épiploon ecchymotique, noirâtre. En arrière de l'épiploon, fœtus libre dans la cavité abdominale ; à côté, trompe rupturée, siège du placenta et distendue par des caillots. Extraction avec les doigts de la plus grosse portion du placenta et des caillots, et, après ligature du pédicule, extirpation de la trompe et de l'ovaire correspondant. Abandon du pédicule dans le ventre, et toilette du péritoine au moyen d'un lavage abondant. *Guérison.*

Tarnier. **Kyste séreux congénital chez un enfant de huit jours.** — Le nouveau-né, porteur de ce kyste, est âgée de 8 jours. L'accouchement fut spontané mais la tête se dégagea un peu obliquement et l'on aperçut derrière elle une tumeur aussi volumineuse qu'elle, très tendue, résistante, transparente, insérée à la région cervicale postérieure. La tumeur qui a un peu diminué depuis l'accouchement, paraît être kystique et multiloculaire.

Le Dentu. **Kysto-fibrome végétant appendu à l'extrémité externe du ligament tubo-ovarien et à la grande frange du pavillon de la**

trompe. — ..., 23 ans, habituellement bien réglée; rien de particulier à noter dans les antécédents, si ce n'est que, depuis environ 4 mois, elle avait ressenti un peu de gêne dans le bas-ventre. La palpation abdominale permit de constater, au-dessus du pubis, une masse dure, finement bosselée, allongée transversalement, occupant le petit bassin en avant et à droite de l'utérus, avec lequel elle ne paraissait pas avoir de connexions étroites, car elle se laissait déplacer facilement d'un côté à l'autre du ventre. Par le toucher vaginal, on reconnut que l'utérus était indépendant de la tumeur qui le refoulait en arrière. *Laparotomie.* La tumeur s'était développée sur le bord du ligament large du côté gauche, au niveau du ligament tubo-ovarien, auquel elle était rattachée par un pédicule très étroit. Comme l'ovaire gauche renfermait un ou deux petits kystes et que l'une des franges du pavillon de la trompe se confondait avec le pédicule, le chirurgien enleva les annexes au ras de la corne gauche de l'utérus. Suites opératoires régulières (l'opération date de 5 jours). De l'examen macro et microscopique de la tumeur, il résulte qu'il s'agit d'un *kysto-fibrome végétant*, contenant peu de kystes, beaucoup de tissu fibreux, et recouvert par un épithélium pavimenteux aussi quelque peu végétant.

R. L.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 10 *avril* 1890.

Présentations. — TERRILLON. **Kystes papillomateux des deux ovaires avec ascite ; ablation par la laparotomie. Guérison.** — Cette pièce pathologique provient d'une femme âgée de 32 ans, qui, 18 mois auparavant, avait remarqué que son ventre augmentait de volume. Depuis cette époque, elle avait subi une ponction qui avait donné 12 litres de liquide, une laparotomie, au cours de laquelle le chirurgien ayant constaté des productions papillomateuses crut à une affection cancéreuse et renonça à tenter une opération radicale. Une 2e ponction, dans laquelle on retira 16 litres de liquide permit de sentir deux tumeurs dures, bosselées, englobant de chaque côté l'utérus et l'immobilisant. Nouvelle laparotomie, pratiquée par Terrillon qui, avec beaucoup de peine, réussit à extirper deux tumeurs polykystiques, présentant à leur surface une grande quantité de végétations friables.

Suites opératoires excellentes. — Quant au résultat définitif, on ne peut rien affirmer. L'opération date seulement de 10 jours.

Discussion. — SCHWARTZ. Il serait utile de soumettre ces papillomes à l'examen microscopique. Leur extirpation s'est-elle accompagnée d'une perte de sang abondante ? TERRILLON. L'hémorrhagie a été assez sérieuse. D'autre part, M. Péan a présenté à l'Académie des papillomes semblables : il considère ces tumeurs comme généralement bénignes et ne récidivant pas.

VERRIER. **De l'hypnotisme pendant le travail de l'accouchement.** — La récente discussion sur l'emploi du chloroforme en obstétrique, les divergences qui se sont manifestées au sujet de ce qu'on a appelé l'anesthésie obstétricale, ont conduit l'auteur à se demander s'il n'y aurait pas dans l'hypnotisme un moyen, efficace et inoffensif, capable de se substituer au chloroforme dont l'administration ne serait pas toujours exempte de dangers. Dans cette idée, il a repris et résumé les principaux travaux parus sur la question, et rappelé les faits positifs déjà publiés (ceux de Pritzl, d'Auvard en collaboration avec Sécheyron, de Luys, de Fanton). Il fait en outre remarquer que si, conformément à l'expression de Gilles de la Tourette, les moyens d'hypnotisation ordinaires ne permettent d'appliquer la méthode qu'à un très petit nombre de sujets, par contre les innovations récentes de Luys et de Fanton (fascination à l'aide de miroirs, de lampes à éclipses régulières), agrandissent le champ de ces interventions et le généralisent à toutes les femmes hypnotisables en dehors de tout état hystérique. En terminant, l'auteur exprime le désir que la Société nomme une commission qui serait chargée de s'asurer quel degré de confiance le praticien peut avoir dans la nouvelle méthode.

Discussion. — CHARPENTIER. La méthode ne sera jamais que d'une application exceptionnelle. Il faut que la femme soit hypnotisable, que le médecin soit en état de pratiquer l'hypnotisation. Dans ces conditions, il paraît impossible qu'elle puisse remplacer la chloroformisation. BUDIN. Pourquoi nommer une commission ? Il faut donner aux observations le temps de se multiplier. M. Verrier a fait allusion à une malade de M. Luys qui aurait accouché dans mon service et aurait bénéficié des avantages de l'hypnotisation. Personnellement, je n'en puis rien dire. A mon arrivée, l'accouchement était terminé. PAJOT croit qu'il est inutile de nommer une commission, parce qu'il est convaincu qu'elle ne se réu-

nira pas. On en a nommé une pour la question du chloroforme, il y a déjà plusieurs mois. Elle ne s'est pas encore réunie. DUMONTPALLIER pense qu'une commission pourrait être utile à un moment donné. En conséquence, il demande à la Société si elle consent à y admettre MM. Verrier, Budin et Porak, auxquels il s'adjoindrait. (Adopté).

AUVARD lit un mémoire adressée par le professeur Treub à l'appui de sa canditature : **Traitement du pédicule dans l'hystérectomie.**

SABAIL. — **De l'effet thermo-chimique des eaux minérales sulfureuses sur la paramétrite et la périmétrite chroniques.**

AVRARD. **Rapport sur plusieurs mémoires du Dr Dumas** (de Lédignan). — 4 de ces mémoires touchent à l'obstétrique : *a*) diagnostic de la grossesse au début ; *b*) de l'enchatonnement partiel du fœtus ; *c*) nouvelles applications du vide par la ventouse emménagogue; *d*) emploi du seigle ergoté.

a) Pour diagnostiquer la grossesse au début, l'auteur applique sur le mamelon un petit appareil (véritable tire-lait), fait l'aspiration, et constate s'il apparaît ou non une goutte de sérosité à l'ouverture des canaux excréteurs. Le résultat est-il positif, il conclut, formellement, à l'existence de la grossesse, surtout s'il s'agit d'une primipare. S'agit-il d'une femme, mère, mais qui n'allaite plus depuis 3 mois, la grossesse est infiniment probable. L'auteur aurait pu ainsi diagnostiquer la grossesse, dès le 1er mois.

Discussion. — MAYGRIER fait observer que l'écoulement de sérosité s'observe aussi dans les cas de tumeurs ; et qu'en conséquence, le phénomène ne représente qu'un signe, douteux, de l'état de gravidité ; *b*) l'auteur cite une observation personnelle d'enchatonnement partiel du fœtus, et rappelle un cas analogue emprunté au Dr Gerbaud de Montpellier; *c*) en ce qui concerne la ventouse emménagogue, il la croit susceptible d'être utilisée pour rappeler les règles brusquement supprimées, et pour abréger, dans les accouchements laborieux, la durée du travail ou du moins de la période de dilatation ; *d*) dans le 4e mémoire, relatif à l'emploi du seigle ergoté l'auteur se déclare d'avis qu'on devrait y recourir plus souvent. Ainsi, dans l'avortement, si l'embryon n'a pas été expulsé, dans l'accouchement, si le fœtus n'est pas encore dégagé. Toutefois, il admet des contre-indications assez nombreuses, et assez délicates à apprécier, pour que, d'une manière générale, il

semble plus prudent de s'en tenir à la formule classique « pas d'ergot, tant qu'il y a quelque chose de solide dans la matrice ».

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 4 février 1890.

Présentations. — GOTTSCHALK. Utérus, enlevé sur une femme âgée de 51 ans qui, après avoir cessé d'être menstruée, fut prise de pertes de sang irrégulières. L'examen de la pièce permet de constater l'existence d'un **épithélioma du col**, ulcéré, développé aux dépens de la muqueuse, et immédiatement au-dessus de l'orifice externe Le principal intérêt de cette pièce réside dans la présence, au niveau du fond de la matrice, d'une *dégénérescence, circonscrite, de la muqueuse du corps*, qui, par sa consistance dure et son aspect, éveille l'idée d'une métastase cancéreuse. Si l'examen microscopique confirmait cette idée, il y aurait là un argument en faveur de l'hystérectomie totale dans tous les cas de cancers opérables.

GEBBARD. **Utérus et annexes atteints de dégénérescence cancéreuse**, provenant d'une femme âgée de 53 ans, morte épuisée par les pertes sanguines et purulentes, liées à une affection reconnue inopérable dès l'arrivée de la femme à l'hôpital. A l'autopsie, il fut impossible, en raison de son extension, de déterminer le foyer d'origine de la néoplasie. Parois du col, du corps, culs-de-sac, ovaires, veines, vaisseaux, ganglions lymphatiques pelviens, ganglions inguinaux sont infiltrés de masses cancéreuses. La généralisation s'est faite par contiguïté de tissus, et par la voie lymphatique.

OLSHAUSEN. **Éléphantiasis de la vulve et du clitoris.** — La masse totale fut enlevée en même temps qu'une portion de la paroi postérieure du vagin. Il semblait qu'il existât au niveau de l'anus un processus hypertrophique analogue, mais il s'agissait de bourrelets hémorrhoïdaux. La muqueuse rectale était épaissie et plissée. L'étiologie est incertaine.

Discussion. — MARTIN demande si la syphilis n'est pas en cause. GUSSEROW, se fondant sur des observations personnelles, nombreuses, conclut à la nature syphilitique de l'affection. Elle résiste néanmoins au traitement spécifique. D'autre part, les opérations sont souvent suivies de néoformations cicatricielles, très fâcheuses.

OSLHAUSEN reconnaît que l'état de la muqueuse rectale concorde bien avec l'hypothèse de syphilis.

A. MARTIN. **Sur un cas de kyste du pancréas.** — Tumeur enlevée après laparotomie, sur une femme âgée de 50 ans. En 1873, cette femme avait déjà été laparotomisée par E. Martin, qui, ayant constaté des adhérences étendues de la tumeur avec l'intestin, avait renoncé à l'extirpation. La tumeur présente, à la périphérie de l'espace kystique, une masse cicatricielle, longue de 18 cent. large de 5 cent., contenant dans son épaisseur un grand nombre de kystes de dimensions variables. Entre les kystes, existe un tissu interstitiel très dense, pourvu de vaisseaux à parois épaisses, de dépôts graisseux et sanguins, et de débris de glandes, qui ne présentent que des vestiges d'épithélium glandulaire, ayant subi la dégénérescence graisseuse. Pas de traces du canal de Wirsung. En somme, *dégénérescence kystique d'un pancréas détruit par un processus interstitiel, chronique.* Guérison.

JURGENS. **Pancréas d'un diabétique** malade depuis 7 ans, et mort subitement. — Le tissu glandulaire a complètement disparu, et le canal de Wirsung contient des concrétions de carbonate de chaux.

Chez deux autres sujets qui avaient présenté un amaigrissement brusque, et morts subitement, Jürgens avait constaté l'atrophie du placenta. R. L.

XXXIXe CONGRÈS DES MÉDECINS SUISSES (1).

30 *et* 31 *mai* 1890.

WYDER (Zurich) fait une série de *démonstrations gynécologiques.* — 1° un *utérus extirpé par l'amputation supra-vaginale pour des myômes multiples avec complication de grossesse;* 2° *grossesse extra-utérine* chez une personne de 36 ans, ayant eu une péritonite aiguë à la suite de ses secondes couches. Enceinte pour la troisième fois, l'automne dernier, la grossesse eut d'abord un cours parfaitement normal. Pendant quatre mois, la mère sentit distinctement les mouvements de l'enfant, qui cessèrent tout d'un coup. Lorsqu'elle entra à la Clinique, elle présentait deux grosses tumeurs abdominales, occupant chacune l'une des moitiés de l'abdomen de chaque côté de la ligne blanche et se prolongeant dans le bassin. La tumeur droite était dure et résistante au toucher.

(1) D'après le *Progrès Médical.*

tandis que la palpation révélait une fluctuation distincte de la tumeur gauche, ce qui pouvait faire penser à un kyste de l'ovaire. Après trois mois d'observation, pendant lesquels la malade ne présenta pas d'autres symptômes qu'un affaiblissement général, on procéda à la laparotomie qui mit au jour un fœtus au 10e mois, adhérent de tous côtés au péritoine et aux intestins. La tumeur droite était formée par l'utérus disloqué et le placenta adhérant au ligament large et au sommet de la vessie. Après avoir détaché avec beaucoup de peine fœtus et placenta, on fit un pansement à la gaze iodoformée, et après quatre semaines la malade était remise ; 3° *ventro-fixation de l'utérus pour un prolapsus*, opéré déjà cinq fois autrement sans résultat. Ayant dû faire à la malade l'extirpation de deux kystes des ovaires, M. Wyder se servit des pédicules pour la ventro-fixation. Le résultat est jusqu'à présent des plus satisfaisants ; 4° *hématomètre et hémato-salpingite* chez une femme ayant subi l'amputation du col utérin. Peu de temps après cette opération, il se produisit une atrésie de l'orifice, avec apparition de douleurs insupportables à l'époque de la menstruation. En même temps, on pouvait constater l'apparition d'une tumeur résistante des deux côtés de l'utérus. La dilatation de l'orifice utérin donna issue à une quantité notable de sang noir. Malgré cela, l'hémato-salpingite persistant, Wyder eut recours à la ponction avec aspiration. Une ponction unique qui produisit environ 300 c. c. de sang, suffit pour faire diminuer de volume les deux tumeurs, preuve que l'on avait affaire à une hémato-salpingite unilatérale. Pendant huit jours tout alla bien, et l'on permit à la malade de se lever ; ce qui eut des conséquences graves. La tumeur augmenta de nouveau de volume, les douleurs reparurent et avec elle une fièvre intense. Il était évident que l'on se trouvait en présence d'une suppuration. Après avoir fait la laparotomie, Wyder chercha à suturer la tumeur à la plaie abdominale. Mais la paroi déjà gangrénée creva subitement en inondant la cavité abdominale d'un liquide répandant une odeur fétide. Après avoir désinfecté soigneusement la cavité abdominale et réséqué une bonne partie de la poche gangrénée, il sutura le reste dans la plaie extérieure. Immédiatement une amélioration sensible se manifesta dans l'état de la malade ; la plaie se couvrit de granulations qui cicatrisèrent bientôt. Au bout d'un mois la malade put quitter le lit, et d'ici à quelques jours, elle sera complètement

remise ; 5° *colpocléisis à la suite d'une nécrose étendue de la paroi vésico-vaginale* produite par l'emploi d'un pessaire de *Swank-Schilling*. La malade ayant négligé de retirer de temps en temps et de nettoyer cet instrument, celui-ci se couvrit de concrétions calcaires et fut bientôt la cause de troubles urinaires graves avec incontinence d'urine. A son entrée à la clinique, il fut impossible de retirer le pessaire, et on dut le couper avec une pince pour pouvoir l'extraire. Lune des ailes du pessaire avait perforé la cloison vésico-vaginale et déterminé une large communication entre les deux cavités. Après avoir combattu par des irrigations antiseptiques l'inflammation qui avait envahi tout le vagin, on chercha à refermer la vessie. Mais le tissu cicatriciel environnant, empêchant la réunion des bords, on dut avoir recours à la colpocléisis. Après avoir avivé le bord inférieur de la fistule, on le sutura à la paroi postérieure du vagin, également avivée, de façon à fermer complètement l'orifice. Aujourd'hui l'incontinence a cessé ; la malade ne ressent pendant la nuit aucun besoin ; le jour elle peut rester trois heures sans uriner.

KROENLEIN. — *Fibro-myôme de l'utérus* extirpé chez une fiancée. Cette jeune personne de 26 ans désirait, avant de se marier, être débarrassée d'un gros fibro-myôme de l'utérus. Krönlein fit la laparotomie et se trouva en présence d'une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, largement adhérente au fond de l'utérus. Il chercha à enlever la tumeur sans endommager les organes génitaux. Au moyen d'une incision cunéiforme faite dans la direction sagittale, il fit l'ablation du myôme sans avoir pénétré dans la cavité utérine, et réunit les bords de la plaie par une suture à étages. Peu de temps après, la jeune personne se mariait, et, au mois de décembre 1889, elle accouchait sans encombre d'une grosse fille. Cette observation ne plaide pas en faveur de l'école de Hegar, qui extirpe les ovaires, pour écarter toute possibilité de conception.

WYDER lit un travail sur le *traitement du placenta prævia.* Nous connaissons un grand nombre de méthodes pour combattre cette anomalie obstétricale aussi dangereuse pour la mère que pour l'enfant. Je ne parlerai ici que de deux d'entre elles : le tamponnement de l'utérus et la version combinée. La première de ces méthodes est encore très répandue dans la pratique médicale malgré ses nombreux désavantages. Le tamponnement n'arrête pas sûrement l'hémorrhagie, sans compter qu'il est presque impossible

dès que la poche a crevé. Si l'on tamponne avec de la ouate, les tampons sont bientôt imbibés d'un sang qui se décompose très vite, et doivent être renouvelés fréquemment. Ces manipulations peuvent provoquer une recrudescence de l'hémorrhagie. En outre le danger de l'infection est beaucoup plus considérable ; le segment utérin inférieur est des plus délicats et peut très facilement être lésé. La version combinée réduit tous ces désavantages à un minimum. La poche une fois crevée, le placenta cesse de se détacher de la paroi utérine. En outre, par une version prématurée, on parvient à arrêter complètement l'hémorrhagie. Mais la version ne doit pas se faire de la manière ordinaire, on doit pratiquer la version combinée jusqu'à ce qu'on soit parvenu à saisir un pied et à l'attirer dans l'orifice utérin. Le bassin de l'enfant est le meilleur des tampons. A partir de ce moment on doit laisser l'accouchement suivre normalement son cours, à moins que l'état de la mère ou celui de l'enfant n'exige une prompte délivrance. Si l'extraction devient nécessaire, il faut procéder très doucement et avec une grande lenteur. On peut souvent attendre l'expulsion normale du placenta sans qu'il soit nécessaire de le détacher. L'objection principale que l'on fait à cette méthode est la grande mortalité qui en résulte pour les enfants. La chose est exacte jusqu'à un certain point, mais comme d'un autre côté la mortalité des mères est considérablement réduite, je crois qu'il n'y a pas à hésiter. La vie d'une épouse et d'une mère de famille a incontestablement plus de valeur que la vie problématique d'un enfant. Avec la méthode du tamponnement, la mortalité des mères était de 30 à 40 0/0, celles des enfants de 50 à 75 0/0. Par la méthode de la version combinée on est arrivé à n'avoir à la Charité, à Berlin, sur 107 cas de placenta prævia que 7 cas de mort de la mère soit 6,5 0/0; la mortalité des enfants s'est élevée à 78 0/0, donc pas beaucoup supérieure à celle de l'ancienne méthode. Dans les cas où le tamponnement est indiqué, c'est-à-dire pendant la grossesse ou tout au commencement de l'accouchement lorsque le travail est encore très faible, je recommande d'employer la gaze iodoformée au lieu du tampon de ouate.

REVUE ANALYTIQUE

I. — ANATOMIE ET PATHOLOGIE DU PLACENTA

Contribution à l'histoire du développement du placenta humain. (Beitrag zur Entwicklungsgeschichte der menschlichen Placenta), S. GOTTSCHALK. *Arch. f. Gyn.*, 1890. Bd XXXVII. Hft 2, p. 251.

L'auteur a utilisé pour ces recherches un utérus gravide de 5 semaines, enlevé sur une femme vivante.

Il termine l'exposé rétrospectif des opinions diverses émises antérieurement par les auteurs comme il suit : de cet exposé il ressort qu'il faudrait, suivant certains auteurs, repousser l'idée que les villosités choriales pénètrent en se développant dans les glandes utérines, tandis que, suivant les autres, ce processus constituerait le seul, ou tout au moins le plus fréquent moyen de connexion de l'œuf et de l'utérus. D'autre part, un certain nombre d'auteurs attribuent exclusivement un rôle au chorion, les autres, au contraire, à la caduque. Quelques-uns d'entre eux, conformément à l'opinion de Léopold, admettent une pénétration réciproque du chorion et de la caduque.

Gottschalk a fait les constations suivantes : la sérotine présente, à sa surface, une ligne finement dentelée formée par le bourgeonnement du tissu décidual, interglandulaire. L'épithelium utérin, sauf en quelques rares points, a disparu. Les connexions entre l'œuf et la matrice au niveau de la caduque utéro-placentaire, sont de 3 ordres : a) un certain nombre de villosités pénètrent dans les glandes utérines, d'autres se mettent en rapport avec les bourgeons, les prolongements déciduaux, qui sont des émanations du tissu décidual interglandulaire ; c) d'autres enfin, prennent contact avec les dépressions de la caduque, et cette dernière disposition suffit à démontrer que le chorion concourt activement à la solide implantation de l'œuf.

Il y a, inversement, suivant la description faite par Léopold, pénétration réciproque des prolongements déciduaux et des villosités choriales. Et déjà, à la 5e semaine, les connexions sont assez intimes pour que Langhans ait eu raison de prétendre, que si l'on exerce une

traction sur l'œuf, on soulève, simultanément, une portion de la sérotine, et pour que sur des œufs abortifs, expulsés à une période très précoce de la grossesse, on constate toujours des fragments de sérotine, restés adhérents aux parois des villosités.

L'auteur fait ensuite une description histologique minutieuse de tous les éléments anatomiques constitutifs de la caduque (glandes, tissu inter-glandulaire, vaisseaux), du chorion (chorion *frondosum*, chorion *lœve*), de leur rapports réciproques, de leur développement, et des modifications successives qu'ils subissent, tout en discutant les notions, souvent contradictoires, émises antérieurement. 10 figures, annexées à ce travail très complet, en facilitent beaucoup la lecture.

R. L.

Contribution à l'étude du mécanisme du décollement physiologique du placenta. (Beitrage zum Mechanismus der physiologischen Lösung der Placenta), W. Zinsstag. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXXIV, Hft 2, p. 255.

L'auteur s'était proposé avant tout, de tâcher de déterminer quel est le mécanisme habituel du décollement du placenta, celui décrit par Schultze, ou celui décrit par Duncan. Il s'est également préoccupé de savoir quelle méthode de délivrance est la plus avantageuse, celle de Crédé ou l'expectation conseillée par Ahlfeld. Au cours de ses laborieuses recherches, il a constaté qu'il existait un mécanisme de décollement intermédiaire à ceux de Schultze et de Duncan. Il consiste en cela, que, comme dans le mécanisme de Duncan, le placenta se décolle et descend par son bord inférieur. Mais, par contre, le délivre se replie sur sa face utérine que les membranes recouvrent plus ou moins, tandis que le contraire se produit dans l'autre mode de décollement.

Conclusions : la méthode d'expectation, encore conseillée par certains auteurs, a sur le procédé de Crédé ce désavantage considérable qu'elle expose les femmes, au moment de la délivrance, à des hémorrhagies abondantes de nature, en certains cas, à mettre la vie en danger.

Le reproche fait au procédé de Crédé, qu'il favorise la rétention des membranes et, par suite, l'apparition de processus morbides durant les suites de couches, n'est pas justifié. Car, les cas de rétention des membranes se montrent aussi nombreux après l'emploi de l'une ou de l'autre méthode de délivrance, et, d'autre part,

la fièvre puerpérale, la plupart du temps, ne coïncide pas avec cette rétention des membranes. En somme, le procédé de Crédé représente la meilleure méthode de délivrer les femmes.

Le mécanisme du décollement et de l'expulsion de l'arrière-faix décrit par Schultze n'est pas le processus physiologique ; il est la conséquence de tractions produites, volontairement ou involontairement, sur le cordon ombilical.

Quand on a soin, pour éviter ces tractions, de couper le cordon dès la naissance de l'enfant, on reconnaît que le mécanisme décrit par Duncan est le plus habituel (l'auteur, toutefois, fait remarquer qu'il n'a nullement l'intention de poser comme règle, qu'il faille procéder à cette section dans tous les accouchements normaux).

L'hématome rétro-placentaire, qu'Ahlfeld signale comme un facteur indispensable au décollement du placenta et des membranes, est absolument inutile, puisque dans 47,9 p. 100 cas, où le décollement s'était opéré suivant le mécanisme de Duncan, les membranes repliées sur la face fœtale, ne contenaient pas une goutte de sang, et que sur 52,1 p. 100 cas où elles étaient repliées sur la face utérine, elles n'en contenaient pas davantage.

R. L.

De l'anatomie du placenta dans la grossesse extra-utérine. (The minute anatomy of the placenta in extra-utérine gestation), B. HART. *Edinb. m. journ.*, octobre 1889, p. 344.

L'auteur étudie, exclusivement, l'anatomie du placenta quand il est extra-péritonéal.

Dans les cas de grossesse tubaire, les villosités sont comme enfouies entre les cellules déciduales, et il n'y a pas apparence de sinus intervilleux, mais on trouve de larges sinus dans l'épaisseur de la paroi musculaire. Les villosités sont bien formées, et elles sont revêtues d'un épithélium parfaitement développé. Les cellules déciduales possèdent un noyau volumineux et des nucléoles.

Sur des placentas situés entre les ligaments larges, on peut déjà constater les altérations que produisent dans la structure de l'arrière-faix son développement dans le tissu connectif. Les villosités ont des contours moins nets, il existe des extravasats sanguins et des cristaux hématiques nombreux, les cellules déciduales sont rares et moins développées.

Dans la grossesse abdominale avancée, quand le placenta est

situé dans le tissu connectif pelvien, on constate des villosités bien développées, des cellules déciduales, des cristaux hématiques et de volumineux dépôts de sang extravasé, vestiges peut-être d'une ébauche de système de sinus placentaires.

Mais les altérations de structure les plus profondes se rencontrent dans les placentas qui ont été le plus déplacés. Ainsi, dans les cas de grossesse primitivement tubaire, lorsque le fœtus situé au-dessous du placenta, le repousse ensuite peu à peu très haut, jusqu'à l'élever à plus de 25 centim. et l'accoler à la paroi abdominale après décollement progressif du péritoine. Le placenta se trouve alors transformé en une masse de caillots sanguins organisés, avec des amas considérables de cristaux hématiques. Les villosités sont comprimées, tordues, il n'y a ni cellules déciduales ni traces d'un système lacunaire intervilleux On conçoit quelle influence fâcheuse peuvent avoir ces altérations de structure sur le rôle dévolu au placenta, et, par suite, sur le développement ultérieur du fœtus.

R. L.

De la pathogénie du placenta prævia. (Zur Pathogenese der Placenta prævia). KALTENBACH. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890. Bd XVIII. Hft 1, p. 1.

Hofmeier avait déjà présenté, au congrès de Halle, une pièce pathologique, intéressante, de laquelle il avait pu conclure que « *le placenta prævia résulte du développement de tissu placentaire dans l'intérieur de la caduque réfléchie du segment inférieur de l'œuf* ». Or, l'auteur, sur un utérus gravide d'un peu plus de trois mois, a retrouvé la disposition anatomique décrite par Hofmeier, et, à son tour, il étudie les raisons de la pathogénie de l'insertion vicieuse de l'arrière-faix.

Dans les conditions normales, il se développe un placenta de forme et de dimensions spéciales, en rapport avec le volume de l'œuf. Mais si, pour une cause quelconque, atrophie ou hyperplasie avec hypersécrétion de l'endométrium, ce développement se trouve être troublé, il se peut que le cœur fœtal, afin d'assurer la régularité des échanges nutritifs nécessaires à la survie de l'embryon, pourvoie à la persistance d'un certain nombre de villosités choriales, correspondant à la caduque réfléchie. Le phénomène peut se produire, étant donné un œuf inséré latéralement, aussi bien au pôle supérieur qu'au pôle inférieur. Dans les deux cas, le pla-

centa peut être anormalement grand, présenter une forme insolite, ou une minceur remarquable. En même temps que démesurément volumineux, *le placenta est prævia quand les villosités choriales persistent dans l'intérieur de la caduque réfléchie au niveau du pôle inférieur*. Ainsi le placenta prævia appartient à un processus physiologique, à l'aide duquel le fœtus cherche à s'assurer l'oxygène et les principes nutritrifs qui lui sont nécessaires. Toutefois, cette participation des villosités de la caduque réfléchie ne suffit pas toujours, les faits cliniques le démontrent, à sauver l'œuf d'une mort ou d'une expulsion prématurée.

L'œuf peut encore pourvoir à sa survivance, quand par exemple cette nécessité s'impose, alors que déjà les villosités de la caduque réfléchie sont atrophiées, en poussant des villosités supplémentaires dans la caduque vraie, en dehors de la sérotine. Beaucoup de ces délivres présenteraient cet état spécial, désigné sous le nom de pl. marginé. En raison de l'insertion délicate de l'œuf, il se produit facilement des hémorrhagies et des dépôts de fibrine dans l'angle rentrant constitué par le chorion *lœve* et le bord placentaire débordant.

En terminant, Kaltenbach fait remarquer que ces dispositions ont été constatées sur deux utérus extirpés pour cause de dégénérescence cancéreuse, et qu'il ne faudrait pas voir là une simple coïncidence. Le carcinome du col, en effet, se complique presque constamment de métrite du corps. Or, la métrite joue le rôle essentiel dans l'étiologie et dans la pathogénie du placenta prævia.

R. L.

Sur le fibrome du chorion. (Ueber Fibrom des Chorion), KRAMER. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XVIII, Hft 2, p. 335.

Après avoir rappelé un cas analogue, décrit par Hyrtl sous le nom de sarcome du chorion, l'auteur relate le cas qu'il a observé. La pièce pathologique provient d'une femme, âgée de 25 ans, III pare, qui, à sa 3e grossesse, accoucha spontanément et prématurément, à 7 mois, de 2 jumeaux, qui étaient contenus dans 2 œufs. Le premier œuf, celui du fœtus le plus petit, donna issue à 410 grammes de liquide amniotique, le second à 6,500 grammes, il y avait donc hydramnios. Le placenta du premier enfant était absolument normal. Quant à l'autre, il était remarquable par sa largeur (22 cent.) et son épaisseur 6 cent. Sur sa face fœtale, il

présente une saillie très accusée. Après écartement des villosités choriales, on trouve enfouies dans le tissu placentaire deux tumeurs, de volume inégal, recouvertes par un repli du chorion, qui se laisse facilement décoller. Dans le chorion cheminent de nombreux vaisseaux se rendant aux 2 tumeurs. Celles-ci sont d'une coloration générale brun rouge, tranchant peu sur le tissu placentaire, et ont la consistance d'un myôme mou. *Examen microscopique :* Pas traces de villosités; des noyaux sphériques, ovales, en forme de bâtonnets, et en quelques points des cellules fusiformes, tous ces éléments plongés au sein d'une substance fondamentale d'aspect trouble; à la périphérie, une couche mince de fibrilles connectives; en somme, beaucoup d'analogie de structure avec le sarcome à petites cellules rondes. Toutefois, comme le mot « sarcome » implique, en clinique, l'idée de malignité, que la tumeur actuelle ne paraît pas avoir cette signification grave, et qu'elle est formée de tissu connectif jeune, riche en éléments cellulaires, Kramer préfère la dénomination de *fibrome du placenta* ou mieux *du chorion.* R. L.

Sur un mécanisme spécial de la rétention du placenta. (Ueber eine besondere Art von Placentarretention), LANGE. *Zeit f. Geb. u. Gyn.* Bd XV, Hft 1, p. 30.

A un intervalle de 4 années, l'auteur a observé deux exemples, rares, de rétention du délivre. Dans les 2 cas, l'expulsion de l'enfant avait été spontanée, très rapide, et les 2 fois, l'auteur fut appelé, parce que, plus de deux heures après l'accouchement, l'arrière-faix était encore retenu dans la matrice. Aucune des deux femmes ne perdit du sang, et chez toutes les deux, Lange constata, immédiatement, une dépression considérable de la paroi abdominale antérieure qui arrivait presque au contact de la paroi abdominale postérieure, un état de relâchement complet des muscles abdominaux. Après des tentatives réitérées et inutiles d'expression placentaire, il procéda à l'extraction manuelle du placenta, après avoir même chloroformisé l'une des femmes, en prévision d'adhérence placentaire. Or, les deux fois, il trouva le placenta immédiatement en arrière de l'orifice externe, et comme il en reconnaissait le bord, il perçut un bruit aspiratif, comme si l'air entrait dans la matrice. Immédiatement, le délivre lui tomba dans la main et rien ne fut plus aisé que de l'extraire. Déjà, Forest a relaté un cas

semblable, et a rapporté la rétention placentaire à la résistance offerte par la pression atmosphérique. Lange repousse cette explication et explique aussi bien la rétention que l'échec du procédé de Crédé, par la diminution ou même l'annulation de la pression abdominale, en rapport avec l'état de paralysie ou de parésie transitoire des muscles abdominaux.

R. L.

Quelques considérations sur la rétention placentaire, S. Remy. *Arch. de tocol.*, octobre 1889, p. 769.

L'auteur attire l'attention sur des cas spéciaux de rétention du placenta, cas pour lesquels un médecin n'est appelé qu'en second lieu, et où, en raison de l'insuffisance des renseignements, il ne sait pas, au juste, si totalité ou partie du délivre est encore dans la matrice. En ces conditions, il se préoccupera pour se faire une opinion : de la nature de l'écoulement, de l'existence de tranchées utérines plus ou moins fortes, de l'expulsion successive de caillots, et de certaines particularités fournies par le palper (forme, dimensions de la matrice...). Or, ces nations sont elles-mêmes parfois très insuffisantes, et en particulier, « *le volume de l'utérus peut être bien inférieur à celui qu'on s'attendait à trouver avec une rétention d'une partie importante du placenta* ». C'est la remarque qu'a faite l'auteur dans un cas observé à la Maternité de Nancy. Une femme y fut amenée 30 heures environ après un accouchement à terme, qui s'était terminé spontanément. Mais, comme au bout de 2 heures après la sortie de l'enfant, la délivrance ne se faisait pas, on procéda à l'extraction manuelle du placenta, dont on n'enleva qu'une partie. A l'examen fait à la clinique, on trouva l'*utérus petit*, *bien rétracté*. Cependant, le lendemain au soir, l'accouchée présentait un écoulement assez abondant, et après avoir accusé des tranchées assez fortes, expulsait une certaine quantité de caillots. La sage-femme put introduire la main dans l'utérus et retirer une portion du placenta d'odeur fétide, et du *poids* de 330 gr. ! *Guérison.*

Dans un autre cas, il s'agissait d'un accouchement prématuré, à environ 6 mois. La femme prétendait avoir expulsé le placenta. Comme la matrice était grosse, bilobée, que le lobe droit, le plus volumineux, s'élevait à 18 centim. au-dessus du pubis, on admit d'abord la possibilité d'une tumeur fibreuse de la corne utérine droite. Mais l'apparition d'accidents infectieux fit revenir à l'idée

d'une rétention du délivre Une première tentative d'extraction permit de ramener une petite portion du placenta. Un peu plus tard, on réussit à extraire un placenta, qui pesait 350 gr. *Guérison.*

L'auteur résume également une observation, où les choses se présentaient comme pour un enchatonnement, tandis qu'il s'agissait en réalité d'un fibrome.

Conclusions : Dans des circonstances particulières, le diagnostic de la rétention placentaire est difficile à poser ; des causes d'erreur résident soit dans la petitesse de l'utérus, soit dans les irrégularités de forme de cet organe. Dans les cas douteux, en présence surtout de métrorrhagies, il faut se tenir sur ses gardes et préparer son action en vue d'une rétention à peu près certaine et se rappeler que le volume de l'utérus n'est pas toujours ce qu'on s'attendrait à le trouver.

R. L.

Rétention placentaire complète avec adhérences ; septicémie puerpérale, curage, guérison. ROLAND. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, mars 1890, p. 129.

L'auteur fut appelé le 6e jour, après un accouchement, terminé spontanément, mais qui avait duré 3 jours. Le délivre était resté retenu dans la matrice. Malgré des injections antiseptiques régulières, il était survenu des frissons et de la fièvre. L'utérus était volumineux, dur, très sensible à la pression, et allongé dans la portion correspondant à la corne droite, probablement siège de l'insertion placentaire. Immédiatement, il fut procédé à l'extraction. Chloroformisation, abaissement de l'utérus, dilatation du col au moyen des tiges d'Hégar, irrigation utérine avec une solution de sublimé à 1 p. 2000, et alternativement, curage et écouvillonnage avec un écouvillon dur, chargé de glycérine créosotée. En raison de l'état de faiblesse de la femme, on renonça à enlever tout le délivre, mais on tamponna la cavité utérine avec de la gaze iodoformée. En retirant cette gaze le lendemain, on ramena 2 fragments du placenta, gros chacun comme la moitié du poing. Nouveau tamponnement ; le lendemain, on trouvait encore après la gaze de nouvelles portions du délivre. *Guérison.* L'auteur cite d'autres cas, dans lesquels le tamponnement de la cavité utérine lui a rendu les mêmes services. Aussi, recommande-t-il la méthode comme simple et très efficace. R. L.

Sur la question du traitement de la rétention des membranes. (Zur Frage der Behandlung der Eihaut retentionen), F. EBERHART. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XVI, Hft 1, p. 292.

On a d'abord cherché à déduire le meilleur mode de traitement de rétention des membranes de l'étude des statistiques. Et, les auteurs sont ainsi arrivés à des conclusions différentes, les uns conseillant l'expectation, les autres l'intervention dans tous les cas. Or, le point important était d'établir pour quelles raisons la rétention des membranes se compliquait d'accidents plus ou moins graves dans certaines occasions, alors que dans d'autres ces accidents faisaient complètement défaut. Kaltenbach, le premier, a abordé la question par son vrai côté. « Les dangers possibles avec la rétention des membranes ne découlent pas du seul fait de la rétention de portions ovulaires et de caillots sanguins, mais de la rencontre de ces éléments avec des bactéries ». Or, de l'observations des faits cliniques, il concluait qu'en règle générale, il n'y a pas de bactéries dans la cavité utérine.

Les recherches de Doderlein et Winter sont venues, depuis, confirmer cette opinion : pas de bactéries dans l'utérus ni dans les trompes des femmes saines, mais présence de bactéries dans le vagin et dans le col. L'orifice interne paraît être la ligne de démarcation entre les régions du conduit génital qui contiennent des micro-organismes et celles qui en sont dépourvues.

De là, ces conclusions pratiques : éviter la rencontre des membranes restées *in utero* avec les micro-organismes et, par suite, enlever les portions de ces membranes engagées dans le col et dans la région, sans se préoccuper de celles qui sont dans la matrice ; en outre, durant les suites de couches, s'efforcer, par les injections antiseptiques, de rendre le vagin libre de micro-organismes, et administrer de l'ergotine pour hâter l'expulsion des débris ovulaires retenus.

Comme traitement prophylactique de la rétention des membranes, l'auteur conseille la méthode d'expectation pour la délivrance, et repousse le procédé de Crédé qui, selon lui, favorise cette complication.

R. L.

II. — DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

Considérations sur trois opérations césariennes réussies à Philadelphie. (A consideration of three successful cesarean section in Philadelphie), par H. A. Kelly. *Amer. J. of Obst.*, 1890, mars, p. 225.

L'auteur se fondant sur le fait qu'il y a eu des femmes enceintes éventrées par des bêtes à cornes, et dont les enfants sont venus vivants par cette ouverture accidentelle, conclut que l'opération césarienne est fort ancienne « presque aussi ancienne que le berceau de notre race.

Elle a été faite par des sages-femmes, ignorantes, incapables de terminer un accouchement par les voies naturelles.

Le Dr Felkin a vu en Afrique centrale un sauvage extraire un fœtus par l'hystérotomie. Le fait ne semblait pas extraordinaire dans la contrée ».

Des femmes ont pratiqué cette opération sur elles-mêmes.

Enfin, dans les temps anciens, des soldats brutaux ont éventré des femmes enceintes. Les mythologies des Grecs, des Hindous et des Romains renferment des histoires de naissances de ce genre, une loi romaine ancienne disait : « Negat lex regia mulierem, « quæ pregnans mortua sit humari antequam partus ei excidatur, « qui contra fecerit spem animantis cum gravida peremisse videtur ».

Kelly cite le cas du châtreur Jacob Nufer, qui, en 1500, opéra sa propre femme, et nombre d'autres cas plus récents. Puis il donne en détail les trois cas qui font le sujet de son mémoire.

Cas I. — Femme de 26 ans, à bassin rétréci, en travail depuis plusieurs jours. Diamètre conjugué estimé à 5,5 cent.

Kelly trouva le placenta dans l'incision utérine. L'enfant mourut de jaunisse au bout de 8 jours, la mère se remit bientôt.

Le segment utérin inférieur où se trouvait la tête du fœtus ne se rétractait pas, et formait un réservoir où s'accumulaient des lochies qui devenaient fétides.

Cas II. — Femme de 26 ans, diamètre conjugué estimé à 6c 5 ou 7, bassin aplati. Elle entra au *Kensington Hospital,* une semaine avant l'époque présumée de son accouchement, et subit un traitement préparatoire.

Le 10 mai, Kelly ponctionna les membranes pour laisser échapper une partie des eaux, et une heure après, fit l'opération. L'enfant pesait 6 livres et 15 onces, elle vécut 14 mois et demi. Malgré des crevasses aux seins et une phlébite, la mère se rétablit.

Elle redevint enceinte et fut avec peine accouchée d'une fille de 5 livres, à huit mois.

CAS III. — L'accouchement était rendu impossible par une énorme tumeur osseuse. Les termes de l'observation permettent de croire que Kelly n'attendit pas le commencement du travail spontané pour opérer. L'opérée se leva au bout de 2 semaines.

A. CORDES.

Deux cas d'opération césarienne par la méthode de Porro ; indications rares. (Due casi di Taglio cesareo col metodo Porro per rare indicazioni), par MANGIAGALLI. *Annali de Ost. e Ginec.* Milano, mars 1890, p. 215.

Il s'agit de deux malades atteintes de carcinome utérin très avancé et qui succombèrent à l'opération. La guérison dans ces conditions est l'exception comme le montre la statistique, la désinfection complète du foyer cancéreux étant bien difficile à obtenir ; la mortalité est de 75 0/0.

P. MAUCLAIRE.

Un cas d'ostéomalacie, opération de Porro modifiée, guérison. (Ein Fall von Osteomalacie, modificirter Porro-Kaiserschnitt, geheilt), ZWEIFEL. *Cent. f. gyn.*, 1890, n° 2, p. 25.

L'auteur a eu l'occasion d'observer et de traiter 6 cas d'ostéomalacie, ce qui lui a permis de constater que les conditions générales (alimentation insuffisante, hygiène défectueuse, séjour dans des appartements humides, mal éclairés...) auxquelles on rapporte habituellement l'éclosion de la maladie, ne se rencontrent pas toujours, loin de là !

Dans le plus récent, ces conditions faisaient précisément complètement défaut. Il s'agissait d'une femme de 41 ans, qui avait eu 8 accouchements à terme et avait fait un avortement; le dernier accouchement remontait à 4 ans. La maladie avait éclaté, soudainement, au cours de cette grossesse. Puis, il y eut une accalmie durant 4 années. A ce moment, nouvelle grossesse qui s'accompagne d'une aggravation très marquée de la maladie ; la femme entre à l'hôpital. *Examen.* Elle est très affaiblie par un séjour prolongé au

lit; dans la région sacrée existe une eschare qui va jusqu'au sacrum. Le bassin est extrêmement déformé et contracté : Diamètre des épines 22, D. des crêtes 28 1/2; D. bitrochant. 25 1/2; conjugué externe 18; conjugué diag. 8 1/2; conjugué vrai 5 cent. Accouchement par les voies naturelles, impossible. Travail commencé depuis la veille, rupture de la poche des eaux, écoulement de méconium et d'un *liquide fétide*. En conséquence, l'opération de Porro, avec traitement intra-péritonéal du pédicule suivant la technique indiquée antérieurement par l'auteur, fut pratiquée.

Suites opératoires : Quelques accidents fébriles, liés à des accidents de suppuration ; il s'écoula en particulier du pus par la vessie. Amélioration notable de la maladie; toutefois, la marche reste encore très défectueuse; la malade traîne les pieds comme un sujet affecté de paralysie.

L'auteur discute quel est le meilleur mode d'intervention contre l'ostéomalacie. Fehling (1) a proposé la castration comme méthode curative. Mais, ce n'est pas tant l'activité génitale que l'aptitude à la fécondation qu'il s'agit de supprimer. Et cette proposition est juste si, comme le pensent les chirurgiens, l'ostéomalacie n'est pas nécessairement associée à l'état puerpéral, si on l'observe chez les hommes. Or, pour supprimer l'aptitude à la fécondation, c'est-à-dire la possibilité d'une grossesse, l'état de gravidité étant de nature à produire une exacerbation de la maladie, pas n'est besoin d'avoir recours à la castration. La ligature des trompes suffit. L'opération césarienne suivie de cette ligature des trompes est le procédé le plus simple. Jusqu'à présent il n'existe pour juger de la valeur du mode d'intervention dans l'ostéomalacie que des cas d'opération de Porro. Or, la réalisation de l'inaptitude à la fécondation, qui est possible sans laparotomie, pourrait servir à montrer si c'est réellement cette inaptitude ou bien la cessation de l'activité génitale qui est utile. R. L.

De l'importance de l'opération de Porro et de certains perfectionnements notables apportés à sa technique. (Die Bedeutung der Porro schen Kaiserschnittes und wunchswerthe Verbesserungen desselben), W. Sutugin (Moscou). *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 6, p. 89.

L'opération césarienne, classique, a sur l'opération de Porro qui en privant la femme de son utérus et de ses ovaires, la rend stérile

(1) V. *Ann. de gyn. et d'obst.* Mai 1890, p. 406.

une supériorité reconnue, et cependant, cette dernière opération conserve de ses droits.

L'opération est indiquée dans les circonstances suivantes :

1) Quand il y a rétrécissement pelvien et infection de l'endométrium durant le travail ; 2) dans le cas de néoplasmes de la matrice, lorsque, en raison de leurs caractères anatomiques, leur extirpation paraît opportune ; 3) chez les femmes faibles, épuisées par des accouchements répétés, si l'on a l'espoir, par la suppression des dangers associés aux suites de couches, de voir l'organisme récupérer de sa vitalité ; 4) quand il y a rupture utérine, avec passage du fœtus dans la cavité abdominale.

Les résultats fournis par ces deux opérations diffèrent notablement : D'après Godson, avec l'opération de Porro la mortalité maternelle était de 56,6 0/0, d'après Fehling de 55,8 0/0, mais ces chiffres correspondent à une époque où l'application « d'un ensemble de précautions antiseptiques » n'était pas devenue une règle formelle de pratique. Or, d'après S. Chason, dans ces deux dernières années, sur un total de 45 opérations, il ne serait mort que 6 femmes, soit comme chiffre de mortalité 13,3 0/0. D'après la statistique de Caruso, la mortalité maternelle serait de 25,5 0/0 pour la césarienne conservatrice, tandis qu'à Dresde, dans le service de Léopold, ce chiffre tombe à 8,6 0/0. D'ailleurs, cette mortalité varie beaucoup avec les opérateurs : ainsi, sur 7 opérées, suivant la méthode de Porro, Breisky n'en perdit pas une seule ; de même Léopold sur 3. C. Braun, pour 13 cas, eut une mortalité de 33,3 0/0. En Russie, sur 5 femmes, Krassowsky en perdit une, qui était atteinte de cancer de la matrice. Sur 2 opérées, K. Slawjansky n'en perdit aucune. Deux fois, l'opération de Porro fut faite à Kasan, deux fois par Bogoljuboff et Phänomenoff ; et chacun d'eux eut une mort à compter. Le cas opéré à Moscou par Prévôt à cause d'une rupture utérine, fut suivi de mort ; il en fut de même de celui opéré par Solowjieff. Quant à celui opéré par Sutugin, il eut une issue heureuse. Ainsi, sur 13 femmes, dont l'auteur connaît les observations, 5 succombèrent, soit comme mortalité 38,4 0/0.

L'auteur étudie ensuite le mode de traitement du pédicule, rappelle les procédés indiqués par Chalot (1) et Barlet, dont le trait essentiel consistait dans l'inversion du moignon, retourné en manchette dans le vagin, expédient qui avait pour but de mettre

(1) *Ann. de gynécologie*, août 1883, p. 81.

la cavité abdominale à l'abri de toute contamination par les liquider sécrétés dans le vagin, et par là de rendre moins dangereux le traitement intra-péritonéal du pédicule. Mais, tous ces procédés sont longs, compliqués, aussi, l'auteur a-t-il préféré, dans un cas récent, où des conditions spéciales lui ont fait préférer l'opération de Porro à la césarienne suivant Sänger, avoir recours au traitement extrapéritonéal, en y apportant quelques innovations, qui, dans d'autres hystérectomies, lui avaient donné de très bons résultats. Après la chute du moignon et du lien-élastique, il avive soit par le raclage, soit par l'incision les bords qui suppurent, puis les réunit au moyen de sutures profondes, qui pénètrent jusqu'au fond de la surface de mortification, et, pour assurer l'écoulement du pus des parties non avivées, il place dans l'angle inférieur de la plaie un drain de gaze iodoformée roulée.

C'est d'après ces principes, qu'il a opéré une femme âgée de 19 ans, avec sténose pelvienne, primipare, à terme, 15 heures après le début du travail. Taille 1m,42. Diamètre bitrochant., 27 cent., D. des épines, 23 ; diam. des crêtes, 24 ; Conj. ext., 16 cent. ; ant.-postérieur, 6 centimètres. *Enfant vivant, mais qui succomba le 5e jour. Mère sauvée.*

En ce qui concerne les suites opératoires, une circonstance à noter. Le lendemain, dans l'après-midi, vers 1 h. 1/2, immédiatement après qu'on venait de la sonder, la femme eut *quelques accès éclamptiques*, accès qui duraient 5 minutes avec une période d'accalmie, de 10 minutes, durant laquelle la femme restait sans connaissance. Vers 6 h. 1/4, il y eut encore des accès, mais moins violents. *Quantité de l'urine émise dans les 24 h.*, 900 gr. ; réaction acide, *ni albumine ni cylindres.* Traitement : lavements chloralés et bromure de potassium. A partir de ce moment, les suites furent parfaitement régulières. R. L.

Conférences cliniques de gynécologie.

M. le Dr S. Pozzi, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal, commencera ses conférences cliniques le lundi 16 juin, à 9 h. 1/2 du matin, et les continuera le lundi et le vendredi à la même heure. Opérations le mercredi.

Le gérant : G. Steinheil.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XXXIII

Janvier à Juin 1890.

M

N

O

P

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XXXIII

Janvier à Juin 1890.

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVUES CLINIQUES

ERRATUM. — Page 374, ligne 15, remplacer : les sinus veineux et les troncs hépathiques par : les sinus veineux et les troncs lymphatiques.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XXXIV

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18 francs.
Pour les départements..............	20 —
Pour l'Europe......................	22 —
Pour les États-Unis d'Amérique.....	23 —
Pour les autres parties du monde...	25 —

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 80, rue Miromesnil, pour la partie gynécologique; à M. le Dr VARNIER, 6, rue Herschel, pour la partie obstétricale ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, PINARD, LEBLOND

Rédacteurs en chef.

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XXXIV

Contenant des travaux de MM.

AUDRY, BARNES (F.), BÉTRIX, BLANC (E.), CHAMBRELENT, DELAGÉNIÈRE, DELBET, DUMORET, ENGSTROM, FERRÉ, FLANDRIN, GUYON, LAULANIÉ et CHAMBRELENT, LE DENTU, MARX, PAJOT, PÉRAIRE, PHOCAS, PROKOFIEWA, RENDU (de Lyon), TERRILLON, TUFFIER.

1890

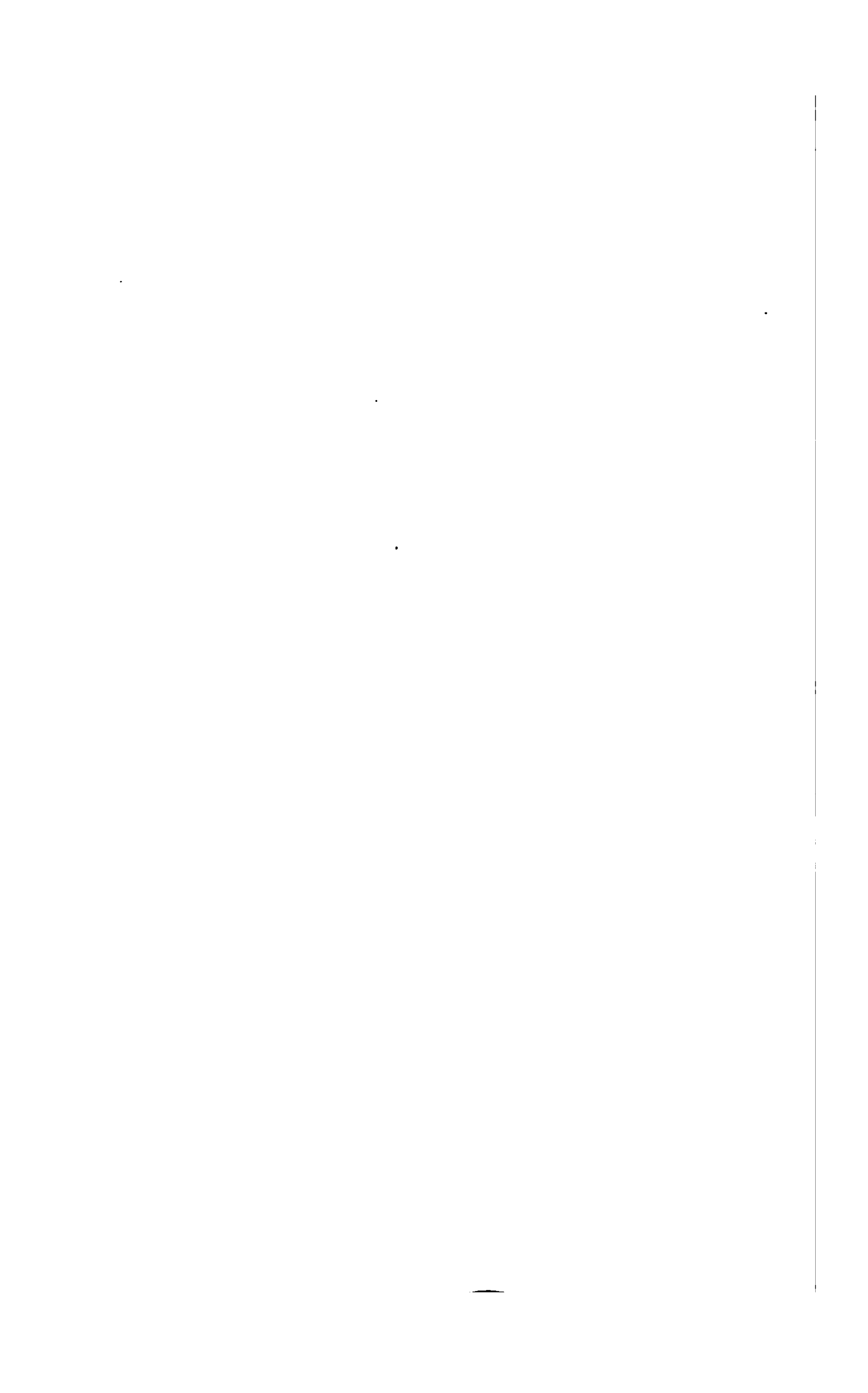
(2e SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1890



ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

DEUX OBSERVATIONS EXCEPTIONNELLES

Par M. le Professeur **Pajot**.

I. — Difficultés de la provocation de l'accouchement.

Au commencement de cette année (1890), un homme d'une stature et d'une corpulence extraordinaires, me présenta une jeune femme de 25 à 26 ans, d'une taille au-dessous de la moyenne, mais paraissant bien portante. Il me raconta ce qui suit. Ma femme est accouchée il y a trois ans, l'accouchement a été des plus difficiles. Trois médecins n'ont pu extraire un enfant très volumineux qu'après des tractions telles, que les os du devant du bassin se sont séparés et sont restés éloignés, l'un de l'autre, de plus d'un travers de doigt. Ma femme est restée dix-huit mois malade et grâce à un bandage qu'elle a porté pendant tout ce temps, les deux os se sont ressoudés, elle a pu reprendre, depuis un an, la vie commune. Aujourd'hui elle est enceinte, de nouveau, de trois à quatre mois et je viens vous demander ce qu'il convient de faire pour éviter un pareil accident et obtenir, s'il est possible, un enfant vivant, car à l'existence de cet enfant sont attachés de très graves intérêts de famille. Pourtant, si son sacrifice est nécessaire à la vie de la mère, je vous prie

de ne pas hésiter. Je n'ai pas besoin de vous dire, ajouta-t-il, que le premier enfant est mort pendant l'accouchement.

Ayant interrogé avec grand soin la jeune femme, j'appris qu'elle avait marché à l'âge ordinaire et qu'elle avait continué à marcher. La face ne présentait point les traces de l'*air de famille*. Pourtant en la faisant mettre debout, on constatait déjà que les membres inférieurs paraissaient courts et un peu en disproportion avec la longueur du buste. Cette remarque fut confirmée par l'examen ultérieur.

La jeune femme couchée et étendue, on trouvait les cuisses courtes et grosses, les jambes étaient courtes aussi mais droites. Le palper faisait sentir l'utérus développé de trois mois et demi à quatre mois. Rien par l'auscultation.

Le toucher démontrait tout d'abord l'existence d'une particularité intéressante, la symphyse des pubis était séparée, en bas, par une *encoche* de quelques millimètres, dans laquelle l'indicateur pouvait pénétrer, le ligament triangulaire n'existait plus.

En portant le doigt profondément dans le vagin, tous les signes fournis par le col et le segment inférieur étaient d'accord avec le développement de l'utérus pour accuser une grossesse de trois à quatre mois. Les signes fonctionnels existaient tous, absence de règles, nausées, mamelles. La conclusion était donc, grossesse à peu près certaine.

En poussant l'indicateur profondément dans l'excavation, on atteignait très difficilement l'angle sacro-vertébral ce qui faisait supposer un rétrécissement léger, d'environ neuf centimètres, sans déduction.

La conduite était donc toute tracée, il fallait faire accoucher cette jeune femme entre le septième et le huitième mois, on avait ainsi la chance d'un accouchement relativement facile et aussi l'espoir d'avoir un enfant vivant et qui, grâce à certaines précautions, pourrait s'élever.

Le père m'ayant dit qu'il était prêt à tous les sacrifices, je lui fis le plan d'une petite chambre de deux mètres et demi de long sur deux mètres de large et deux mètres vingt de

hauteur, en menuiserie vitrée, double porte, double fenêtre, avec un appareil de chauffage et un thermomètre. Cette cellule fut construite dans la chambre de la nourrice. vaste pièce d'où elle pouvait surveiller l'enfant et il fut convenu que si nous étions assez heureux pour avoir un enfant vivant, il recevrait les soins nécessaires et serait allaité dans cette chambre, sans que le nouveau-né en sortît jamais, avant d'avoir acquis le poids et le volume ordinaires.

La jeune femme résidait dans un pays situé sur la limite de la Somme et du Pas-de-Calais, dans une localité aujourd'hui très salubre, à quelques kilomètres de la mer. J'arrivai le 6 juin dernier, dans la nuit; le samedi 7 eut lieu l'examen de la malade. L'utérus était développé comme à 7 mois passés, le fœtus était volumineux, les bruits du cœur aussi forts que chez beaucoup d'enfants à terme, la présentation était celle du sommet, en première position. Tout allait bien, je l'annonçai aux parents, ils reçurent la nouvelle avec une grande joie.

Ils ne se doutaient pas, ni moi non plus, de ce qui allait arriver.

Le samedi 7 juin, à trois heures de l'après-midi une bougie de la grosseur du petit doigt fut introduite très doucement dans l'utérus, du côté droit de la femme, elle pénétra, sans aucune difficulté, d'environ dix centimètres. Ni eau ni sang ne s'écoulèrent. La bougie fut fixée par deux liens à une ceinture. Elle resta en place vingt-quatre heures. *L'utérus ne parut pas s'en apercevoir.* Le dimanche 8 juin, elle fut retirée vers le soir, lavée, passée au sublimé et fut réintroduite dans le même point, puis une seconde semblable fut appliquée du côté gauche, elles restèrent en place toute la journée du lundi et la nuit du lundi au mardi. *L'utérus ne bougea pas.* Le cas commençait à me paraître singulier, ayant provoqué à la Clinique, une première série d'accouchements prématurés de quatorze cas et une seconde de vingt-huit, par le procédé de Kraus et n'ayant jamais observé un début de travail aussi long, je pensai à employer un

autre moyen. Les sondes retirées, une éponge préparée, de la grosseur du pouce, fut introduite dans la cavité utérine avec quelques légères difficultés, elle fut maintenue par deux éponges fines ordinaires, aseptiques, et je permis à la patiente de se lever et de marcher.

L'éponge resta en place toute la journée du mardi 10 jusqu'au mercredi matin 11, j'avais pendant cette dernière journée du mardi, donné quatre douches vigoureuses d'eau tiède sur le col. *Pas de contractions.*

Le mercredi matin, extraction de l'éponge du volume d'un très gros œuf. Cette extraction fut difficile, il fallut procéder comme pour une délivrance.

Cette éponge retirée, deux semblables furent introduites une à gauche, une à droite, des douches furent données de trois heures, en trois heures. Dans la matinée un commencement de travail se déclara. La sage-femme, qui devait garder la malade pendant ses couches, femme instruite et intelligente, crut qu'enfin l'accouchement allait se faire. Je le crus aussi. Au bout de trois heures, *les contractions avaient cessé*, l'utérus retombait dans un calme absolu.

Le jeudi 12 juin, je retirai les éponges, une douche fut administrée et j'introduisis dans l'utérus un ballon en caoutchouc avec mon conducteur à olive. Ce ballon, distendu par de l'eau tiède, mesurait six centimètres de diamètre, les douches étaient toujours continuées de trois heures en trois heures. L'appareil resta dans l'utérus toute la journée du vendredi et la nuit du vendredi au samedi, *aucune contraction ne se manifesta*. Je commençai à me demander s'il ne faudrait pas en venir à la rupture des membranes. J'avais toujours retardé l'emploi de ce dernier moyen de peur de compromettre la vie de l'enfant qui continuait à bien vivre ce dont je m'assurais *trois ou quatre fois par jour*.

Enfin, le samedi matin 14, je me décidai, après avoir retiré le premier ballon, à en introduire deux autres de même dimension, des douches d'eau tiède furent données de deux en deux heures, la dernière vers dix heures du soir. A trois

heures du matin, on vint me réveiller, le travail marchait, un ballon venait d'être crevé, l'autre expulsé, les membranes se rompirent spontanément à six heures et le dimanche 15 juin, à sept heures du matin, l'enfant naissait, mais ainsi que je l'avais observé dès le mercredi, l'occiput était à droite, au lieu d'être à gauche, comme il était à mon arrivée. L'enfant cria sitôt expulsé, une heure après sa naissance, il prenait le sein aussi fermement qu'un enfant à terme. Il pesait 3,075.

D'après le calendrier, soigneusement marqué, il ne pouvait pas avoir plus de sept mois et demi et quelques jours.

La délivrance ne présenta rien de remarquable, le placenta était aussi volumineux que celui de beaucoup d'enfants de neuf mois.

La provocation de l'accouchement avait duré 8 jours 1/2.

Cette observation est un document de plus à ajouter à l'article PATIENCE en obstétrique.

Ici encore, on peut écrire cette phrase caractéristique du succès complet dans les accouchements, « *aujourd'hui la femme se lève et l'enfant s'élève* ».

C'est la première fois, depuis 48 ans, que j'observe une aussi longue durée pour la provocation du travail. Tant il est vrai qu'en médecine, comme en obstétrique (je l'ai écrit, il y a déjà longtemps) on apprend à tout âge et personne n'a jamais tout vu.

II. — D'un emploi nouveau de la curette.

L'engouement décroît. La réaction contre la curette, *dans tous les cas*, commence. Dans un mémoire très sagement pensé, M. le Dr de Backer rappelle avec raison que MM. Siredey et Danlos ont écrit : « *la méthode chirurgicale reste le traitement d'exception ; presque toujours le traitement* palliatif *sera jugé suffisant* ».

Pour moi, *palliatif* n'est pas exact, le traitement par la cautérisation est absolument *curatif*.

M. de Backer ajoute : « *l'intervention sanglante doit être une exception et un pis aller. Avant de recourir à elle, il faut avoir essayé, consciencieusement, les moyens médicaux dont la gynécologie, telle que l'ont pratiquée nos devanciers, peut disposer, sans les repousser avec un dédain tudesque* ».

La curette doit être « *pour les endométrites un traitement d'exception et non point la règle* ».

« *L'endométrite, le catarrhe chronique utérin, pour lesquels on veut faire admettre le curage comme l'unique traitement, sont maladies très communes et guérissables le plus souvent par les traitements antiseptiques non sanglants* ».

J'arrête là mes citations. J'avais écrit dès la première heure : « *Il faut pour un traitement raisonnable, efficace et prudent, suivre sans cesse cette grande loi thérapeutique : proportionner la nature, l'énergie et les dangers du remède, à la forme, l'ancienneté et la gravité de la maladie. Hors de là il n'y a que parti pris systématique, routine, hasard, imprudence et témérité. La curette prendra son rang au milieu des instruments pouvant rendre des services, dans des cas d'endométrites, nettement définis et relativement assez rares* ».

Tout ce que j'ai vu, lu, entendu, depuis la publication de ces lignes, n'a point modifié mon opinion.

On va voir, par l'observation suivante, jusqu'à quel point on peut arriver, avec un parti pris d'avance.

Un jeune couple d'étrangers vint me consulter, il y a quelques mois. Le mari est un homme de trente-trois, à trente-quatre ans, d'une taille au-dessus de la moyenne, bien constitué, n'ayant jamais eu de maladies graves. La jeune femme a de vingt-cinq à vingt-six ans, bonne santé habituelle, taille moyenne. Le mari me raconte qu'ils sont mariés depuis six à sept ans, il désirent tous les deux beaucoup un enfant et n'en peuvent point avoir. Monsieur, me dit le jeune homme je ne veux pas vous cacher que j'ai consulté, avant vous, un autre médecin. Il me nomma un des curetteurs des plus con-

vaincus de Paris. Ce médecin, me dit-il, m'a proposé de faire à ma femme une opération qui nous permettra d'atteindre le but que nous cherchons. Il s'agissait de gratter le dedans de la matrice avec un instrument. Je n'ai pas voulu soumettre ma femme à cette opération sans prendre plusieurs autres avis et je viens vous demander ce que vous en pensez.

L'interrogatoire de la jeune dame fut long et minutieux. J'appris qu'elle n'avait jamais eu que quelques indispositions passagères, sans aucune gravité. La menstruation avait toujours été très régulière. Jamais avant, ni depuis son mariage, les règles n'avaient manqué ; en avance d'un jour ou deux chaque mois, le sang, bien rouge, coulait modérément, pendant trois ou quatre jours, l'intestin fonctionnait bien, le sommeil était bon, et l'appétit excellent.

Le palper, le toucher et le spéculum me firent trouver tous les organes dans le plus parfait état physiologique. Utérus bien placé, de volume ordinaire. Orifice bien fait et suffisamment grand pour une nullipare. La muqueuse génitale, d'un rose pâle, sans la moindre trace d'état catarrhal. Vagin sans odeur acide. Enfin système génital *dans l'état physiologique le plus parfait.*

Étonné du résultat de cet examen qui me montrait cette jeune femme dans les meilleures conditions de fécondation, je ne pus point cacher au mari que je ne comprenais pas le but de l'opération proposée.

Comme je ne constate rien chez Madame, lui dis-je, qui puisse expliquer la stérilité, je vous prie de vouloir bien emporter ces deux plaques de verre et je lui expliquai, à mots couverts, ce que je désirais de lui.

Le soir, je recevais les deux plaques. Elles furent examinées à la lumière artificielle, avec le grossissement ordinaire Il me fut impossible, malgré un temps considérable et les soins les plus minutieux, d'y découvrir la trace d'un *seul* spermatozoïde.

Le résultat de mon examen fut écrit à l'instant même, j'indiquai dans cette consultation les causes probables et

les résultats presque certains de la mauvaise qualité de ce sperme.

Le surlendemain, le mari vint seul. Monsieur, lui dis-je, en l'abordant, vous avez eu, avant votre mariage, un écoulement par l'urèthre ?

— Oui monsieur.

— Un de vos testicules s'est pris d'abord et vous avez été obligé de garder le lit.

— Oui monsieur.

— L'autre s'est pris ensuite et vous en avez souffert également.

— Mais, oui monsieur.

Je n'avais plus rien à apprendre. Je lui expliquai que lui, seul, et *non sa femme*, était la cause de stérilité de son ménage, ajoutant que sa femme n'avait besoin d'aucun traitement. Quant à lui, je lui prescrivis une hygiène spéciale, en lui laissant une lueur d'espoir, mais sans lui promettre la guérison.

C'était la première fois aussi que j'entendais parler de *curer* la femme pour donner des spermatozoïdes au mari.

Il convient d'avoir une confiance modérée dans l'efficacité de ce mode de traitement.

Prof. PAJOT.

RÉFLEXIONS A PROPOS DE DEUX CENTS OVARIOTOMIES POUR KYSTES DE L'OVAIRE

Par le Dr **Terrillon**.

Depuis l'année 1882, époque de mon entrée dans le service de la Salpêtrière, j'ai eu l'occasion de faire, soit dans mon service hospitalier, soit dans ma clientèle privée: *deux cents ovariotomies*. Cette série s'arrête au 15 juin de l'année 1889. Ces ovariotomies ont déjà figuré dans des statistiques partielles de 35 opérations chacune, qui ont été publiées dans les *Bulle-*

tins de la Société de chirurgie et dans le *Bulletin de thérapeutique*. J'ai pensé qu'il serait utile de les réunir dans une seule et surtout de montrer ce que les malades guéries après l'opération étaient devenues jusqu'à ce jour.

Ces opérations portent exclusivement sur des kystes ou tumeurs kystiques de l'ovaire, à l'exclusion de toute autre lésion de cet organe.

Elles ont été pratiquées dans le cours de huit années et peuvent être divisées en deux séries de *cent opérations* chacune. Cette division m'a semblé indispensable car ces deux séries diffèrent considérablement par leurs résultats ; le premier cent ayant donné 12 décès, le second n'en ayant donné que 4. La première commence en juin 1882 et finit en juin 1887; la seconde va de 1887 à 1889. Je les sépare donc avec soin. En effet, les heureux résultats de la seconde sont facilement expliqués par les précautions antiseptiques plus précises que j'ai employées et dont je donnerai plus loin les détails. C'est à partir du moment où j'ai pris ces soins spéciaux dans mes opérations, que j'ai vu diminuer le nombre des accidents et obtenu, non seulement une série de trente-quatre opérations sans décès, mais plusieurs séries de vingt et de vingt-cinq guérisons consécutives.

Pour rendre cette statistique plus instructive je diviserai ce travail en trois parties.

Dans la première j'indiquerai la nature des kystes enlevés par la laparotomie ; la nature de l'opération, suivant qu'elle a été complète ou incomplète ; les résultats immédiats après l'opération ; enfin la cause des décès.

Dans la seconde partie seront indiqués : les résultats éloignés, c'est-à-dire l'état actuel de la malade tel qu'il résulte des renseignements que m'a fournie une enquête très complète sur la santé de mes opérées, jusqu'à ce jour. Ce tableau comprendra le nombre des survivantes ainsi que les causes de la mort, chez celles qui ont succombé depuis l'opération.

Enfin je terminerai en rappelant quelles sont les modifications apportées dans le manuel opératoire de mes cent der-

nières ovariotomies, modifications qui, d'après moi, ont été la cause d'une grande diminution dans la mortalité.

J'ajouterai que depuis le premier juin 1889, j'ai fait environ cinquante ovariotomies nouvelles non comprises dans cette statistique et qui m'ont donné seulement deux cas de mort.

I. — Nature des kystes. — Opérations. — Résultats immédiats. — Causes des insuccès.

VARIÉTÉS DE KYSTES OPÉRÉS. — La nature des kystes observés dans le cours de ces opérations correspond aux variétés suivantes.

a) Kystes multiloculaires, plus ou moins compliqués, végétants ou simples : *cent soixante*.

b) Kystes para-ovariens simples, inclus ou non dans le ligament large : *vingt-cinq*.

La plupart des kystes para-ovariens étaient inclus dans le ligament large et ont nécessité une décortication plus ou moins difficile.

c) Kystes dermoïdes : *huit*.

d) Kystes hydatiques : *un*.

OPÉRATIONS DOUBLES. — Sur quarante-quatre malades l'opération fut double. L'ovaire du côté opposé au siège principal de la maladie fut enlevé, soit parce qu'il était le siège d'un kyste plus ou moins volumineux, quelquefois égal à celui du côté opposé (chez quatre malades), soit parce que son état était suspect, son volume exagéré et qu'il présentait déjà quelques kystes rudimentaires.

Cette double opération ne semble pas avoir influé sur le résultat car, sur ces 44 malades il n'y eut qu'une seule mort.

J'ajouterai, à propos de ces opérations doubles que chez les femmes ayant dépassé l'âge de 45 ans, il me semble utile d'enlever l'ovaire du côté opposé, s'il présente les moindres signes d'altération. On évitera ainsi la récidive du kyste dans cet ovaire laissé en place en même temps qu'on supprimera un organe devenu inutile. Cette pratique défendue par de

nombreux opérateurs, me semble très rationnelle, surtout en présence de ce fait qu'elle n'aggrave aucunement l'opération.

Je n'ai pas jusqu'à présent mis ce précepte en pratique d'une façon rigoureuse et exclusive, mais il est probable que je n'aurai dans l'avenir aucune hésitation pour enlever le second ovaire chez une femme âgée, à moins qu'il n'ait déjà subi une atrophie complète et manifeste. Au contraire chez les jeunes femmes le second ovaire ne doit être enlevé, que s'il est manifestement altéré.

Parmi les malades chez lesquelles les deux ovaires furent enlevés, vingt-cinq n'avaient pas atteint l'âge de la ménopause et étaient au-dessous de 48 ans.

J'ai noté à ce propos un fait curieux : cinq de ces femmes encore jeunes, ont conservé pendant plusieurs années des pertes sanguines qui rappelaient les règles, par leur régularité et leur abondance. Chez une seule elles semblent avoir persisté pendant quatre ans. Cependant chez ces opérées les deux ovaires étaient manifestement kystiques, volumineux et, par conséquent, ont été enlevés en totalité.

Opérations incomplètes. — Parmi ces opérations, j'ai trouvé un grand nombre de cas difficiles, mais dans lesquels l'ablation totale du kyste a pu être faite complètement, sans laisser le moindre lambeau dans la cavité abdominale.

D'autres opérations ont au contraire présenté des difficultés telles que j'ai dû renoncer à enlever la totalité du kyste et laisser en place une partie ou la totalité de la tumeur.

Ces opérations incomplètes ont été au nombre de *quatorze*.

Mais je ferai ici une remarque qui a une certaine importance : c'est que dans la première centaine de mes opérations, je note dix opérations incomplètes, avec des complications plus ou moins grandes ; tandis que dans la dernière série je n'ai eu que quatre cas semblables : j'ajouterai même qu'il s'agissait ici de lambeaux peu étendus du kyste qui furent abandonnés dans la plaie. Ces lambeaux ont pu être détachés

quelques jours après l'opération et ont laissé après eux une plaie qui s'est guérie complètement.

Une seconde remarque qui mérite d'attirer l'attention, nous montre que ces opérations incomplètes ont donné, malgré leur gravité apparente, de très heureux résultats. En effet, deux malades seulement sont mortes de l'opération ; l'une d'elles par péritonite purulente tardive, due probablement à la propagation de la suppuration de la cavité kystique au péritoine voisin; l'autre par septicémie chronique après 40 jours.

Un seul des kystes abandonné en partie dans l'abdomen avait une surface interne végétante. La malade guérit de l'opération et se rétablit complètement, sauf la présence d'une fistulette qui persista. Plus tard, les parois de cette poche végétèrent de nouveau et la malade mourut d'épuisement deux ans après l'opération.

Le traitement des kystes enlevés incomplètement a varié suivant les cas. Huit furent traités par l'ouverture large, des nettoyages consécutifs et le drainage ordinaire. Mais les six autres, qui étaient des kystes para-ovariens à parois simples et uniloculaires ne purent être enlevés soit à cause de leurs adhérences inflammatoires, soit surtout parce qu'ils étaient trop intimement infiltrés dans le ligament large. Ils furent drainés par le vagin. La guérison fut réalisée en deux mois et demi environ. Cependant l'un deux présentait à sa surface quelques végétations qui retardèrent la guérison; après plusieurs mois la paroi s'élimina par gangrène et la malade guérit quinze mois après l'opération.

PÉRITONITE AVANT L'OPÉRATION. — J'ai opéré 3 malades qui étaient atteintes avant l'opération de péritonite aiguë et devant certainement se terminer rapidement par la mort.

Dans deux cas cette péritonite était provoquée par la rupture accidentelle dans la cavité péritonéale d'un kyste à contenu gélatineux et noirâtre.

La troisième malade portait un kyste énorme et était accouchée depuis 25 jours. Les accidents péritonéaux avaient

succédé à un état puerpéral utéro-ovarien de faible gravité. Elle avait avant l'opération 39° depuis quelques jours et était très peu résistante.

Dans ces cas, l'ablation rapide de ce kyste volumineux, du poids de 18 kilogr., malgré des adhérences multiples, et suivie du lavage du péritoine fut suivie de guérison.

TEMPÉRATURES APRÈS L'OPÉRATION. — Les températures ont été prises avec soin chez toutes mes malades, surtout dans le deuxième cent.

Soixante-cinq n'ont jamais présenté plus de 37°,5 ; un grand nombre n'ont eu que 37°,3 ou 37°,2. Vingt ont eu, le soir ou le lendemain de l'opération, 38°,1 ou 38°,2 ; mais une purgation donnée aussitôt arrêtait cette ascension thermique. La première évacuation était le signal de l'abaissement de la température.

Cinq malades ont eu, le lendemain de l'opération, une température plus élevée : 38°,5. Mais chez aucune, parmi celles qui ont guéri, la température n'a dépassé ce chiffre, sauf deux d'entre elles où nous avons noté : 39°. Ces deux dernières même n'ont présenté cette température que pendant 36 à 48 heures.

La soif chez ces opérées a été très rarement vive et persistante. Enfin, ce qui frappe surtout les médecins qui viennent visiter mes opérées, c'est le calme et la tranquillité dont elles jouissent. Dès le second jour, la figure s'éclaircit et l'état général est parfait.

Cet état contraste étrangement avec les phénomènes nerveux, l'agitation, la température élevée, la sécheresse de la langue qui étaient presque la règle dans mon premier cent d'opérations.

Etait-ce là le résultat d'une antisepsie moins parfaite, ou l'abus mal entendu des antiseptiques, surtout de l'eau phéniquée ? Je ne saurais me prononcer catégoriquement. Cependant je suppose que, en ce qui concerne la cause probable des élévations passagères de température, de l'agitation, et de l'apparition des phénomènes nerveux, il faut son-

ger à l'action probable des antiseptiques trop violents, ou trop abondamment employés. En effet, je n'observe plus ce genre d'accidents, que plusieurs de mes collègues ont décrits et que, moi-même, j'ai connus aussi, à mes débuts.

Ablation des fils. — Les fils de sutures sont toujours enlevés le huitième jour. La réunion est, toujours, parfaite. et, dans mon deuxième cent, je n'ai observé que bien rarement des abcès sur le trajet des fils superficiels.

Anesthésie. — J'ai toujours employé le chloroforme, sans appareil spécial, c'est-à-dire avec une compresse et à doses modérées, car rarement, même dans les plus longues opérations, la dose a dépassé 50 grammes. La quantité employée importe d'ailleurs assez peu. Je n'ai jamais noté d'accidents.

Trois fois seulement nous avons dû pratiquer la respiration artificielle pour des syncopes survenues dès le début de l'opération.

Des piqûres sous-cutanées d'éther ont été nécessaires pour ranimer quelques malades affaiblies.

Causes de la mort après l'opération. — En analysant avec soin les causes de la mort, dans ces deux séries de cent observations, je constate également pour chacune d'elles une très grande différence.

Dans la première centaine, sur 12 malades qui sont mortes après l'opération, j'en ai perdu 4 de péritonite aiguë rapide, avec ou sans septicémie. Deux sont mortes de péritonite purulente à marche lente ; l'une après 22 jours (celle dont j'ai parlé à propos des opérations incomplètes) ; l'autre mourut après 35 jours d'une péritonite purulente chronique qui avait débuté insidieusement vers le quinzième jour après l'opération. Les 6 autres malades moururent d'épuisement, quelques heures après des opérations très graves et très prolongées ; ces femmes étaient très affaiblies ; mais la mort survint évi-

demment avant que toute affection inflammatoire ou septicémique ait eu le temps de se développer.

Dans la deuxième centaine, au contraire, sur 4 malades 3 moururent d'épuisement et une seule succomba vers le deuxième jour à une péritonite lente. Je n'ai jamais pu découvrir la cause exacte de cette péritonite, et j'ai toujours soupçonné qu'elle était due à ce fait que j'avais été obligé d'abandonner dans l'abdomen un large lambeau de la paroi kystique mortifiée, et adhérente à la face inférieure du diaphragme, au niveau de son centre.

Je peux donc affirmer que dans mon dernier cent, j'ai éliminé complètement la péritonite, malgré la gravité des opérations, car je compte au moins soixante-dix opérations ayant présenté des difficultés sérieuses.

II. — **Résultats éloignés.**

J'ai pu suivre assez exactement la plupart des malades guéries après extirpation d'un ou de deux kystes de l'ovaire. Des nouvelles précises m'ont été fournies soit par elles-mêmes, soit par les médecins qui me les avaient envoyées.

Voici le résumé rapide des résultats que m'a fournis cette statistique :

Sur cent quatre-vingt-quatre malades guéries après l'opération j'ai obtenu, par mes recherches, avant le 1er juin 1889 un an après la date de la dernière opération, les résultats suivants :

Je rappellerai d'abord que 10 de mes opérées n'ont pu être retrouvées. Elles ne figureront pas ici. Restent donc 174 opérées sur lesquelles des nouvelles précises me sont parvenues.

Neuf sont mortes après leur guérison définitive, dans des conditions assez variables ;

Une a succombé aux accidents produits par l'étranglement d'une hernie inguinale qui fut opérée tardivement ; cet accident survint deux mois après sa guérison.

Une seconde malade est morte des suites d'une seconde opération pratiquée pour une récidive d'un kyste multiloculaire dans l'ovaire resté en place lors de la première intervention qui avait eu lieu 13 mois avant.

L'une de mes opérées (1883) qui avait parfaitement guéri à la suite de l'ablation d'un immense kyste multiloculaire mourut dans une maison d'aliénés, deux ans et demi après. Elle était manifestement alcoolique.

Une de récidive sarcomateuse dans l'épiploon, six mois après l'opération.

Une de récidive sarcomateuse, dix huit mois après l'opération.

Une d'épuisement, quatre mois après.

Une d'épuisement, neuf mois après.

Une d'épuisement, un an après.

Une de fièvre typhoïde, dix-huit mois après l'opération.

Je ferai remarquer que les trois malades qui ont eu des récidives avaient été opérées pour des tumeurs sarcomato-kystiques de l'ovaire et que la récidive m'avait semblé fort probable après l'examen de la tumeur. Chez l'une d'elles j'avais enlevé un énorme morceau de l'épiploon formé de noyaux sarcomateux.

Sur mes deux cents opérées (de 1882 au mois de juillet 1889), *cent soixante-quatre* ont survécu jusqu'à ce jour (juin 1890) et jouissent en général d'une bonne santé.

Désirant savoir ce que ces malades étaient devenues et ce qu'était leur vie habituelle, j'ai eu sur chacune d'elles, les renseignements les plus précis et les nouvelles de leur santé sont excellentes.

GROSSESSE. — Parmi les malades ayant subi l'ablation d'un seul kyste et chez lesquelles un des ovaires était intact, neuf devinrent enceintes et eurent des enfants, viables et bien portants. Une de ces malades opérée d'un kyste multiloculaire dans le courant de l'année 1886 a eu actuellement deux enfants, l'un en 1888 l'autre en 1889.

Accidents secondaires.— Quelques-unes de mes opérées, une dizaine environ, d'après les renseignements que j'ai eus, ont à la suite de leur laparotomie une distension de la cicatrice.

Chez six d'entre elles il s'agit d'une saillie anormale de la cicatrice variant du volume d'une noix à celui d'une orange, facilement maintenue par une pelote ajoutée à la ceinture abdominale que porte chacune de ces malades.

Quatre d'entre elles ont des éventrations plus marquées, occupant toute la hauteur de la cicatrice, qui était considérable. Cette éventration gênante est maintenue par une pelote spéciale.

Récidives. — Dans un mémoire que j'ai publié dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*, en 1885, j'appelais l'attention sur les récidives des kystes de l'ovaire et j'avais à ce sujet, réuni un certain nombre d'observations, qui m'avaient montré la rareté de ces récidives.

Or, dans le relevé de mes malades guéries après l'opération je n'en trouve que trois mortes de récidive évidente.

La première, opérée le 4 décembre 1882 est morte le 15 décembre 1883; son observation a été relatée dans mon mémoire sur les récidives cancéreuses. La récidive reparut dans la cicatrice, malgré l'ablation totale du kyste et la rentrée du pédicule dans l'abdomen.

La seconde de ces malades, opérée le 3 mai 1887, d'un sarcome kystique, eut une récidive après huit mois ; elle mourut rapidement.

Enfin une troisième, opérée le 6 juin 1888, d'un cystosarcome de l'ovaire, avec épiploon rempli de tumeurs, mourut le 8 octobre 1888.

Je ferai remarquer la rareté de ces récidives, puisque sur mes deux cents opérées je n'en ai trouvé que trois cas.

Il est nécessaire également de faire une distinction entre ces cas. En effet, si pour la première de ces malades, on n'a rien noté de particulier au point de vue de l'anatomie patho-

logique et de la nature du kyste, dans les deux autres cas il s'agissait manifestement de tumeurs malignes, c'est-à-dire de sarcomes kystiques de l'ovaire, à développement rapide.

La malignité était si évidente chez le second malade que l'épiploon était plein de noyaux sarcomateux et qu'il fut réséqué.

Il est bien entendu que je ne fais pas rentrer dans le cadre des récidives, c'est-à-dire de la reproduction de la substance cancéreuse soit dans le pédicule, soit dans la cicatrice, soit dans d'autres parties éloignées de la zone opératoire, les cas dans lesquels un kyste s'est développé dans l'autre ovaire resté en place. En effet, il est possible que le second ovaire fût déjà malade au moment de la première intervention et qu'on ait négligé de l'enlever, soit qu'on n'ait pas reconnu cette altération, soit parce que la gravité de l'intervention rendait sa recherche difficile.

La formation d'un kyste dans l'ovaire resté en place, après une première opération, s'est présentée chez mes opérées trois fois. Deux fois seulement, j'ai eu l'occasion de faire une seconde ablation.

La première malade, opérée en 1887, et sortie parfaitement guérie, rentra un an après à la Salpêtrière en 1888 ; elle portait un autre kyste qui s'était rompu environ un mois avant son entrée. Cette rupture avait provoqué chez elle des accidents péritonéaux assez graves mais surtout des vomissements incoercibles et un grand affaiblissement. L'opération fut très longue et très pénible, il fallut débarrasser le péritoine de la masse gélatineuse infiltrée dans les intestins. La malade mourut d'épuisement quatre heures après l'opération.

La seconde malade à laquelle j'ai enlevé à un an d'intervalle deux kystes de l'ovaire, guérit complètement pour la seconde fois. Mais son histoire présente des particularités assez curieuses pour que je la relate en quelques lignes.

La première opération, pratiquée en mai 1888, permit d'en

lever un immense kyste gélatineux du poids de dix-neuf kilogr. environ, rompu dans le péritoine depuis plusieurs jours. Une certaine quantité de gélatine greffée sur l'épiploon et la surface d'une anse intestinale fut laissée en place. Un fibrome assez volumineux du fond de l'utérus, adhérent au kyste put être enlevé avec pédicule extérieur. La malade guérit rapidement de cette double opération ou *ovario-hystérectomie.*

Mais bientôt après, le ventre commença à augmenter de volume. La première ablation datait de plus d'un an, lorsque j'enlevai de nouveau, en juillet 1889, à cette malade, un kyste gélatineux multiloculaire de dix-huit kilogr., en même temps je réséquai tout l'épiploon pesant environ quatre kilogr. et rempli de matière myxomateuse. Malgré ces opérations étendues et graves, la malade guérit rapidement et est actuellement bien portante.

La troisième malade avait subi une première ovariotomie le 1er août 1883. Il s'agissait d'un kyste multiloculaire à contenu colloïde, de huit kilogrammes, venant de l'ovaire droit. Elle fut opérée en 1887, quatre ans après la première intervention, d'un autre kyste par un chirurgien dont j'ignore le nom. Elle mourut huit jours après l'opération.

III. — Manuel opératoire. Antisepsie.

Les principales modifications que j'ai apportées dans le manuel opératoire et l'instrumentation de mes ovariotomies, surtout à partir de 1886, et auxquelles j'attache une grande importance, portent sur les points suivants :

1° La stérilisation exacte et absolue de tous mes instruments par l'emploi de la chaleur et surtout par le séjour prolongé pendant dix minutes dans l'eau bouillante. Cette méthode substituée au simple séjour des instruments dans l'eau phéniquée forte, semble donner une plus grande sécurité. Aussi, depuis que j'ai le premier indiqué cette méthode en 1886, elle a été employée avec avantage par un grand nombre de mes collègues.

Quel que soit le degré de chaleur auquel on soumettra les instruments, le principe reste toujours le même, une température très élevée n'est pas absolument nécessaire; en effet, l'expérience m'a prouvé que pendant la pratique ordinaire, la température de 100° est largement suffisante. Je n'ai pas besoin d'ajouter que la propreté apparente des instruments doit être, au préalable, aussi parfaite que possible.

La seconde modification qui est très importante, et qui me semble avoir augmenté notablement mes succès, en diminuant surtout les causes de septicémie, a consisté dans l'emploi du lavage de la cavité péritonéale avec une grande quantité d'eau filtrée et bouillie.

Ce mode de nettoyage du péritoine, après les opérations difficiles, ayant nécessité des désordres étendus de la séreuse ou son contact avec des substances plus ou moins altérées, m'a toujours donné d'excellents résultats. Je n'ai jamais pu constater le moindre accident imputable à cette méthode et je lui dois certainement plusieurs succès dans des cas très compliqués.

J'ai employé cette méthode dans plus de soixante cas et je considère qu'elle est, seule, capable de permettre le nettoyage complet de la partie déclive du bassin, lorsque ces parties contiennent du sang ou des matières venant des kystes rompus. Or, non seulement l'expérience des faits démontre l'importance de ce nettoyage, mais le raisonnement le plus simple indique qu'on ne doit abandonner dans le péritoine qu'une quantité aussi minime que possible de matière susceptible de fermentation.

La troisième modification a consisté à faire un nettoyage plus exact et plus certain de mes doigts et de ceux de mes aides : l'usage de brosses avec rebords en crins permettant d'agir directement sous la matrice de l'ongle ; l'usage de l'alcool et du permanganate de potasse ; en un mot l'emploi successif de tous les moyens capables d'enlever ou de détruire les substances nuisibles existant dans les anfractuo-

sités de la peau ou sous les ongles; tels sont les moyens dont je n'ai jamais négligé l'emploi.

Enfin je pourrais ajouter comme dernière précaution, aussi importante, l'ébullition des soies servant pour les ligatures. Mais j'insiste aussi sur l'habitude que j'ai prise de pratiquer presque seul mes opérations, me servant moi-même et exclusivement de tous les instruments. Un seul aide maniant les éponges et empêchant la sortie des intestins, n'intervient dans l'opération qu'accessoirement.

En résumé, je répète que tous ces moyens employés depuis le milieu de l'année 1886, c'est-à-dire au début de mon deuxième cent d'ovariotomies, m'ont permis d'obtenir le résultat que j'ai déjà indiqué plus haut; c'est-à-dire que sur ces cent malades je n'ai perdu que 4 opérées, dont une seule de péritonite et encore celle-ci s'est développée dans des conditions spéciales sur lesquelles j'ai déjà insisté.

DE LA CYSTOPEXIE, OPÉRATION AUTOPLASTIQUE NOUVELLE DESTINÉE A REMÉDIER A LA CYSTOCÈLE VAGINALE

Par M. **Tuffier**, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

L'opération que je rapporte ici a été exécutée le 15 mars 1889; les expériences que j'y joins l'avaient précédée. Je place cette date en tête de ce mémoire pour deux raisons. La première, c'est que je ne connais aucune opération de ce genre pratiquée avant la mienne; la seconde, c'est que mon opérée a été suivie dix-huit mois. Je considère la durée d'un an à dix-huit mois comme un minimum indispensable pour juger la valeur et les résultats vraiment thérapeutiques de la chirurgie réparatrice. C'est un point qu'on oublie trop souvent.

La cystopexie a pour but de fixer la vessie à la paroi abdominale dans les cas de cystocèle vaginale. C'est un suc-

cédané de la colporrhaphie et de l'élytrorrhaphie antérieure. Son application est indiquée dans tous les cas où cette dernière est impraticable ou a échoué ; elle peut être employée en complément d'une hystéropexie.

La saillie de la vessie dans le vagin est due à une insuffisance de ses moyens de fixité. Or, le plancher vésical étant formé par la paroi antérieure du vagin, c'est à la consolidation de cette paroi que l'on devait s'adresser tout d'abord. La colporrhaphie antérieure atteint ce but. Mais la vessie, par son poids, tend sans cesse à déprimer cette paroi antérieure du vagin : on peut neutraliser cette force en fixant les parties latérales de la vessie à la paroi abdominale antérieure. Telle est l'idée théorique qui me fit chercher de ce côté. Avant de de la mettre en pratique, j'élucidai par l'expérimentation les questions suivantes : 1° Les parois vésicales sont-elles susceptibles de prendre adhérences sur la paroi abdominale antérieure ? Question de physiologie pathologique. 2° La fixation de la paroi inférieure de la vessie peut-elle nuire à l'excrétion urinaire en augmentant la fréquence des besoins ? 3° La traction exercée sur le bas-fond vésical ne peut-elle pas couder les uretères à leur entrée dans la vessie ? Ces expériences préliminaires ont été faites sur des chiennes au laboratoire de M. Dastre, où je poursuis depuis plusieurs années des études expérimentales.

Les parois vésicales prennent adhérences intimes par fusion complète et anastomose vasculaire avec la paroi abdominale. Les pièces que j'ai présentées à la *Société anatomique* le prouvent. Elles ont été obtenues par le procédé suivant. Je pratique la laparotomie sus-pubienne, puis je dénude la vessie de sa couche péritonéale pour mettre à nu la couche musculeuse dans les conditions où elle est à sa partie antérieure chez la femme. Je dénude de même la séreuse de la paroi abdominale dans une étendue égale à la dénudation vésicale et en un point symétrique et superposable (1). Pour

(1) Cette dénudation était située sur les deux faces latérales et inférieure de

mettre en contact les surfaces ainsi avivées, je passe dans les quatre angles symétriques quatre points de suture de catgut comprenant l'épaisseur de la paroi vésicale, non compris la muqueuse d'un côté et le plan fibro-musculaire de la paroi abdominale de l'autre. En serrant les quatre fils, les deux surfaces cruentées s'accolent directement. Je fixe exactement de la même façon la surface avivée du côté opposé, l'abdomen est refermé et la réunion par première intention obtenue. Sur les trois opérations pratiquées ainsi, sous le couvert de la plus rigoureuse antisepsie, j'ai obtenu un résultat parfait qui m'a permis de répondre négativement aux deux craintes suivantes. Le réservoir urinaire conserve une capacité suffisante, et le fonctionnement des uretères n'est en aucune façon gêné. J'ai sacrifié mes animaux après huit jours, un mois et deux mois, et l'examen des pièces m'a montré une adhérence intime de la paroi musculaire vésicale à la paroi abdominale. Cette adhérence existe sur une surface cruentée. Une coupe pratiquée à ce niveau montre une fusion intime des tissus. L'examen histologique a montré des anastomoses vasculaires pariéto-vésicales à ce niveau. La fixation est donc efficace.

La conformation du réservoir urinaire prouve que sa capacité n'a pas diminué, la plicature faite à la partie antérieure du réservoir par suite de la suture de sa partie postérieure, se distend au-dessus de l'adhérence et l'ensemble de la vessie prend son développement vers la partie supérieure. Une injection dans la vessie permet de se rendre compte de cette forme. Quant à la coudure possible des uretères, c'est une vue théorique si on reste éloigné de leur embouchure, car l'appareil urétéro-rénal dans tous ces cas était sain et un stylet pénétrait parfaitement dans leur intérieur. Ces deux dernières constatations prouvent que ce mode opératoire est

---

la vessie à 3 cent. au-dessus et en dehors de l'abord urétéral, elle présentait un rectangle de 4 cent. de côté, l'ablation de la séreuse pariétale était faite sur une étendue égale.



inoffensif, et nous savons déjà qu'il est efficace; il n'y avait donc aucun inconvénient à le transporter à la chirurgie humaine.

Pour cela, j'ai repris l'anatomie de la région hypogastrique chez la femme, et des résultats que j'ai pu recueillir il en est deux qui importent ici : 1° Il est facile d'aborder les parties latérales et inférieure de la vessie sans léser le péritoine qui se décolle facilement et beaucoup plus loin qu'on ne le croit; 2° la face inférieure de la vessie adhère intimement à la paroi antérieure du vagin et la cloison vésico-vaginale ainsi formée est un tout confondu intimement; une traction sur la vessie entraîne la paroi du vagin ; 3° la partie supérieure de la vessie tient son moyen de fixité de l'ouraque.

Fort de ces premiers résultats je pensais, sur la foi des auteurs, trouver de chaque côté de la vessie les ligaments latéraux de cet organe dont le raccourcissement accomplirait le résultat désiré. Malheureusement, si ces ligaments existent, ils sont impuissants, vu leur faiblesse, ou inutiles, vu leur situation inférieure. Sur le corps de la vessie, on ne trouve qu'un tissu cellulaire lâche et mince qui conduit sur le vagin, voilà tout. Le seul moyen de fixité naturel et abordable par cette région est constitué par l'ouraque, sa traction en haut entraîne la région supérieure de la vessie et la partie correspondante du cul-de-sac antéro-supérieur du vagin. Son raccourcissement est donc applicable, mais dans les seuls prolapsus graves de la vessie. Je l'ai exécuté sur le cadavre et je conseille en pareil cas la résection pure et simple d'une longueur déterminée de ce cordon préalablement isolé du péritoine, avec suture des deux bouts réséqués entre eux et dans la plaie hypogastrique. En dehors de cette résection de l'ouraque, la fixation de la vessie tombant dans le vagin ne peut être obtenue que par des adhérences créées de toutes pièces.

J'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois la cystopexie pour guérir des cystocèles vaginales. Ma première opération a été rapportée en partie dans la thèse de Dumoret à propos de

l'hystéropexie. Elle a été suivie pendant 14 mois. La seconde, toute récente, pratiquée à Cochin, est inédite et n'a d'intérêt qu'au point de vue de l'opération. L'avenir jugera du résultat thérapeutique. Voici le manuel opératoire que j'ai employé dans ma seconde opération et que je conseille. Toutes les règles de la stérilisation et de l'antisepsie étant observées, on dilate modérément la vessie par 250 à 300 grammes d'acide borique. On incise alors la région hypogastrique dans l'étendue de quatre travers de doigt, comme s'il s'agissait d'une taille. On tombe sur la cavité de Retzius et la vessie, facile à reconnaître à ses veines. On décolle très facilement ses parties latérales du péritoine ; pour cela un aide maintient un ou deux doigts dans le vagin, il facilite ainsi le décollement et permet de se rendre compte exactement de la région où on se trouve. Le décollement est poussé prudemment jusqu'à ce qu'on arrive sur la paroi vaginale. Il faut alors se garder d'attaquer en ce point la vessie ; on risquerait de blesser l'uretère ; il faut remonter à deux centimètres environ au-dessus, et là on est certain d'avoir la paroi latérale de la vessie seule. On vide alors partiellement la vessie, ce qui permet de manœuvrer plus à l'aise. En exerçant sur cette partie latérale des tractions en haut on entraîne le prolapsus vaginal, ainsi que le doigt de l'aide l'atteste, et on constate qu'en amenant de chaque côté la paroi vésicale au contact de la paroi abdominale on réduit complètement la cystocèle. Il ne reste plus qu'à faire la suture dans une bonne position. Pour cela, je passe dans la paroi de la vessie quatre fils de soie déterminant un rectangle d'environ 3 millimètres de côté sur la région choisie, puis je les fixe à la paroi abdominale si bien qu'ils forment ainsi un rectangle vésical collé sur le rectangle abdominal. Ils doivent être facilement amenés. La tension sur la paroi vésicale doit être modérée, mais suffisante pour réduire le prolapsus, ainsi que l'atteste l'aide dont le *doigt est à demeure* dans le vagin. La même suture est faite du côté opposé sur une étendue égale. Je conseille à cet égard de commencer par le côté

gauche de la malade, car on manœuvre plus difficilement de ce côté et il est préférable d'y évoluer à l'aise.

Je me suis contenté de fixer ainsi la vessie ; mais si ces moyens étaient insuffisants on pourrait raccourcir l'ouraque ainsi que je l'ai montré plus haut.

L'incision hypogastrique est alors suturée en étages pour éviter toute éventration. Pansement iodoformé et ouate sans drainage ; le vagin est tamponné légèrement à la gaze iodoformée, et la malade est sondée pendant 7 jours. Fils et pansement sont enlevés le septième jour. Je continue le tamponnement jusqu'au quinzième jour, époque à laquelle la malade se lève. La réduction est alors parfaite. Quant aux résultats éloignés, ma première observation seule en fait foi. Elle a trait à une femme de 49 ans (Athén. Gaud...), entrée le 12 octobre 1888 à l'hôpital Cochin, salle Cochin, lit n° 13. Elle présentait alors un énorme prolapsus utérin incoercible et pour lequel je fis avec succès complet l'hystéropexie. La malade, suivie pendant 18 mois, est restée de ce côté absolument guérie, l'utérus n'a jamais quitté la paroi abdominale (c'est la seconde opération faite en France) ; mais il persista un degré de cystocèle assez marqué pour gêner la malade. Après avoir travaillé pendant quatre mois après son opération, elle vint me trouver, se plaignant de l'apparition entre les grandes lèvres d'une tumeur. Je trouvai une cystocèle très marquée. Pour remédier à cette difformité, je fis, avec l'aide de M. le Dr Poupinel et mon interne M. Chipault, l'opération suivante dont l'anatomie m'avait prouvé la facilité, et l'expérimentation, l'efficacité.

Toutes les précautions antiseptiques étant prises, la vessie étant distendue par 200 grammes d'acide borique, et le doigt d'un aide étant placé à demeure dans le vagin, je fais une incision de 5 à 6 centimètres aboutissant sur la symphyse pubienne ; je dissèque la paroi abdominale comme dans la taille et je découvre la face antérieure de la vessie ; je décolle l'organe sur chaque face latérale à mi-chemin de la ligne médiane et du vagin ; je m'assure par des tractions sur

la vessie à ce niveau que je réduis le prolapsus vésical, le doigt de mon aide en fait foi. Je passe alors à ce niveau sur la face latérale gauche, et dans l'épaisseur de la paroi vésicale, quatre fils de catgut n° 2 distants chacun de un centimètre ; un des chefs de chaque fil est passé dans l'épaisseur de la paroi profonde abdominale sur un point distant environ d'un centimètre de l'incision médiane. Ces fils une fois serrés, toute la partie latérale gauche de la vessie est soulevée en masse en avant ; je répète la même suture du côté droit et j'obtiens ainsi une véritable suspension de la vessie à la paroi abdominale antérieure. La plaie hypogastrique est fermée en étage au catgut et la peau est réunie au crin de Florence. La vessie vidée, j'examine la paroi antérieure du vagin, elle est parfaitement tendue, sauf au niveau de l'urèthre. Pansement iodoformé et ouaté, tampon vaginal iodoformé, cathétérisme toutes les 3 heures. Réunion sans drainage, suppression des fils au 7e jour, ainsi que du cathétérisme. La malade sort guérie le 15e jour sans présenter aucun trouble ni aucune fréquence de miction.

Elle reprend son métier de bonne à tout faire, monte 5 étages par jour, je la revois tous les deux mois. En octobre 1889 sa vessie est restée en bonne place, mais l'urèthre et la partie voisine de la vessie sont saillants et présentent le volume d'une noisette; je pratique une petite élytrorrhaphie antérieure. La malade est restée guérie depuis cette époque, jusqu'en mars 1890, date de sa dernière visite.

L'opération que je viens proposer me paraît logique, inoffensive et efficace. L'avenir seul nous démontrera sa valeur thérapeutique à longue échéance. Les faits que je vous apporte sont trop peu nombreux pour entraîner une conviction définitive ; mais les cystocèles sont nombreuses et vous trouverez, j'espère, l'occasion d'étudier la valeur de ce procédé.

CYSTOPEXIE POUR LA CURE DE LA CYSTOCÈLE VAGINALE

Par le Dr **Paul Dumoret** (de Paris),
Ancien interne des hôpitaux.

ANTÉCÉDENTS. — ÉTAT DE LA MALADE AVANT L'OPÉRATION. — Femme Loiseau, 48 ans, journalière, demeurant à Aubervilliers.

Antécédents héréditaires. — Père portait une hernie inguinale double, mère depuis l'âge de 30 ans faisait *usage d'un pessaire* pour une chute de matrice. Sœur porte également un pessaire. Sa fille, âgée de 25 ans, depuis trois ans, époque de son premier accouchement, sent une grosseur qui effleure la vulve et qui se réduit avec la main.

Antécédents personnels. — Grande, maigre, santé antérieure bonne.

Réglée à 17 ans, menstruation irrégulière, a eu deux enfants. 1er enfant à 26 ans, 2e à 30 ans.

Premier accouchement s'est effectué seul, la sage-femme a extrait le délivre une heure environ après la venue de l'enfant.

Déchirure du périnée. Dès ce moment abaissement notable de l'utérus qui dépasse l'orifice vulvaire à la suite de station verticale prolongée. A la suite du second accouchement, le prolapsus utérin s'accentue. En même temps apparition vers la fin du 4e mois de cette seconde grossesse d'une « grosseur ressemblant à une poire en caoutchouc », la pression de cette « grosseur » détermine l'envie d'uriner.

La malade reste dans cet état sans consulter jusqu'en 1878.

En avril 1878, elle consulte M. Gallard dans le service duquel elle entre le 2 mai. M. Polaillon appelé par M. Gallard pratique une amputation du col utérin, en excise 0,08 1/2 et fait une périnéorraphie. La malade quitte l'hôpital le 20 juillet guérie de son prolapsus utérin, mais elle se plaint d'une grosseur molle qui a beaucoup augmenté, dit-elle, depuis l'opération.

M. Gallard lui répond que l'on ne peut lui couper la vessie et prescrit l'usage continu d'un pessaire (?).

De 1878 à novembre 1889, elle porta les pessaires les plus variés sans en retirer aucun soulagement, la réductibilité n'étant plus assurée. Douleurs lombaires persistantes, exacerbation à la marche, à la fatigue, miction fréquente par expression manuelle de la cystocèle. La malade, qui est employée à la fabrique de colle de pâte à Aubervilliers, ne peut travailler que quatre jours de la semaine, tant ses douleurs sont exacerbées.

Nous la voyons le 3 novembre 1889.

On note : Émaciation considérable, dyspepsie. Palpation abdominale ne donne rien.

Cystocèle vaginale considérable, toute la paroi vaginale antérieure semble en prolapsus sur la paroi vaginale postérieure. Sillon circulaire stigmate de l'application du pessaire atteint le volume d'une tête de fœtus dans la station verticale. Envies très fréquentes d'uriner. L'examen de la vessie dénote la présence d'un petit calcul occupant le fond prolabé de cet organe, urèthre dilaté.

Rien à l'auscultation du cœur et du poumon. La malade est prête à subir une opération quelle qu'elle soit, « *elle ne peut plus vivre comme cela* ».

Je lui proposai la laparotomie qu'elle accepta.

Après un mois de surveillance pendant lequel on institua : Injections vaginales quotidiennes au sublimé, tamponnement du vagin à la gaze au salol chaque soir, potion au biborate de soude, lavages vésicaux à l'eau boriquée, naphtol à l'intérieur à la dose de 2 gr. par jour, grands bains, application de pansement au sublimé sur la paroi abdominale : après en un mot avoir rendu le terrain le plus aseptique possible je m'arrêtai au plan suivant :

Quelques recherches cadavériques m'ayant montré que le raccourcissement de l'ouraque par torsion uni à des tractions sur ce cordon élevait notablement la vessie et que d'autre part la suture péritonéale de cet organe paraissait concourir au même but ; je rérésolus d'intervenir par une cystopexie *intra-péritonéale* avec suture de l'ouraque à la paroi abdominale espérant ainsi rétablir les moyens de soutien les plus *essentiels* de la vessie : *ouraque* et *péritoine*.

Je n'osai traverser de part en part la vessie craignant de créer de ce chef l'hémorrhagie ou l'infiltration d'urine.

Manuel opératoire.—Marche. — Terminaison. — Le 16 décembre 1889, je pratique une cystopexie intra-péritonéale, adoptant le

procédé suivant : antisepsie minutieuse (1). Stérilisation des instruments. Emploi de substances antiseptiques (eau phéniquée, solution de liqueur de Van Swieten, naphtol camphré, salol). Anesthésie avec le chloroforme Duncan. Cathétérisme. Lavages abondants du vagin débarrassé de toute la gaze au salol qu'il contient. Réduction de la cystocèle à l'aide d'une injection d'eau boriquée tiède poussée lentement avec une sonde à robinet métallique stérilisée; la distension vésicale se maintient en fermant le robinet.

Je suis assisté de mes collègues et amis MM. Baudoin et Mignot, internes des hôpitaux. M. Beaudoin me sert d'aide direct, M. Mignot se charge des instruments, des compresses et des éponges.

Incision de 0,05 de la paroi abdominale antérieure sur la ligne médiane à partir de six travers de doigt au-dessous de l'ombilic jusqu'à quatre travers de doigt du pubis. On tombe sur le fascia sous-péritonéal, ponction du péritoine au bistouri, les bords de cette ouverture sont maintenus avec des pinces à pression ; elle est agrandie avec des ciseaux mousses, on agrandit également la section cutanée. On aperçoit alors une masse globuleuse rappelant comme forme la vessie et le cathéter maintenu dans le réservoir urinaire vient butter contre le fond de cette masse.

On croit un moment que c'est bien là la vessie.

Mais avant de suturer l'organe que l'on a sous les yeux on l'explore avec soin et on relève les particularités suivantes :

La masse s'étend plus dans le sens transversal qu'un sommet vésical ordinaire, en outre elle est légèrement sonore, enfin la palpation attentive de ce prétendu sommet vésical montre qu'une épaisseur plus que normale sépare du bec du cathéter l'organe que l'on tient entre les doigts.

Plus de doute, il s'agit d'une anse intestinale adhérente au fond de la vessie et qu'elle double en quelque sorte. On s'attache alors à détruire ces adhérences.

Cette partie de l'opération est particulièrement longue et laborieuse, on craint, vu la fusion intime des deux organes, de déchirer l'intestin.

En outre, ces adhérences donnent assez de sang et obligent à

(1) Je suis à *la lettre* toutes les précautions antiseptiques prises pour les laparotomies à l'hôpital Bichat dans le service de mon maître M. Terrier.

une hémostase qui n'est point faite pour abréger ce temps opératoire.

Cet isolement de l'intestin dure près de trois quarts d'heure, cette anse intestinale encadrait absolument le globe vésical qu'elle entourait en forme de croissant, l'examen de cette anse la montre recouverte de bandelettes qui font diagnostiquer le cæcum, l'appendice cæcal est d'ailleurs aperçu dans la fosse iliaque gauche. Et on ne pénètre à proprement parler dans la *cavité abdominale* qu'après la destruction de ces adhérences.

La vessie une fois libérée, on recherche l'ouraque pour le suturer aux muscles de la paroi abdominale, mais on ne peut y arriver.

D'ailleurs on ne s'acharne point à cette découverte, l'opération étant commencée déjà depuis près d'une heure.

Les anses intestinales sont refoulées à l'aide de compresses antiseptiques très chaudes imbibées de solution phéniquée faible (au 1/40).

On évacue en partie le liquide boriqué remplissant la vessie pour diminuer le poids de l'organe et soustraire à une traction trop forte les fils de suture.

On saisit alors de la main gauche le péritoine vésical sur ses parties latérales très près du sommet de l'organe qui est attiré vers la plaie pariétale.

A l'aide d'une aiguille courbe de Reverdin une *soie* de grosseur moyenne est alors passée un peu obliquement à travers les lèvres de l'ouverture de la paroi abdominale, la peau exceptée, elle pénètre dans la partie la plus élevée des insertions latérales du péritoine vésical, puis ressortie du péritoine qu'elle pénètre *seul*, elle est coudée en anse puis nouée.

Trois autres anses furent passées de même venant à mesure qu'elles sont plus inférieures rattacher le péritoine aux lèvres de la plaie vers sa partie antérieure.

Même manœuvre pour la face latérale gauche, mais cette fois pour ne point changer de place on charge le péritoine puis la paroi musculo-aponévrotique. Quatre soies sont également placées.

Exerçant alors de bas en haut de légères tractions sur les parties latérales de la vessie on découvre la portion de la face antérieure de cet organe confinant au cul-de-sac vésico-abdominal et TROIS fils de soie sont placés *très près de ce cul-de-sac antérieur*. Ce qui porte à *onze* les points de suture. On vide alors la

vessie et on peut constater que la cystocèle est complètement réduite et que la vessie est *très haut.*

Préoccupé de la fixation de l'organe ainsi suspendu par sa tunique séreuse SEULE, on reprend avec l'aiguille de Reverdin, les extrémités des soies passées dans le péritoine et préalablement nouées, puis on suture les chefs dans l'épaisseur même des muscles de la paroi abdominale, on pense qu'elles serviront à la fois de tuteurs aux fils intra-péritonéaux (*dont elles ne sont que la continuité*) et de moyens de suspension à distance.

La suture péritonéale terminée il se produisit un suintement sanguin abondant venant du fond de la plaie; des éponges antiseptiques, montées sur des pinces *ad hoc*, font de la compression, on place trois pinces hémostatiques qu'on laisse à demeure quelques instants, deux soies très fines servent à lier deux petites veines de la paroi vésicale antérieure.

L'hémostase assurée on ferme la paroi abdominale antérieure par quatre sutures profondes à la soie et la peau suturée au crin de Florence. Pas de drainage.

Pansement *sec* au salol. Vaseline au salol sur les bords de la plaie, poudre et gaze au salol. Ouate au salol. Mackintosch. Ouate ordinaire stérilisée, bandage de flanelle fortement serré. Une sonde molle en caoutchouc nº 16 stérilisée suivant le procédé de M. Delagenière est laissée à demeure dans la vessie. Tamponnement du vagin avec de la gaze au salol.

L'opération terminée on explore la paroi antérieure du vagin, à l'aide d'un hystéromètre. Cette paroi est dans un état de tension moyenne. Suites opératoires immédiates aseptiques. Aucun accident péritonéal. Pas de troubles du côté de la vessie ou de l'intestin. La temp. oscille entre 37°,2 et 37°,8.

Aucune douleur abdominale ni vésicale. Urines normales s'écoulant dans un urinal en verre contenant de la solution boriquée concentrée. Tout se passa à merveille jusqu'au 26 décembre. La malade ne se plaignait que « de ne pas manger comme à l'ordinaire et de n'avoir à sa disposition que des substances liquides ».

Le 23. Évacuations alvines abondantes après ingestion de 20 grammes d'huile de ricin.

Le soir du même jour, vers 5 heures, grand frisson ayant duré près de dix minutes, claquements de dents, sensation de froid, douleur dans le côté gauche en arrière.

On réchauffe à grand peine la malade.

A 8 heures nous voyons la malade.

Oppression, respiration 38, temp., 39°,2. Pouls, 140.

Respiration soufflante à gauche, quelques râles.

Le 24. Même état. Langue sèche, rôtie, à l'auscultation souffle tubaire et râles crépitants. Pas d'expectoration.

Ventouses sèches. Potion cordiale avec antipyrine, 3 grammes. Temp. M. 38°,8. S. 39°.

Le 25. Nuit un peu agitée. Subdelirium, oppression augmente. Un peu de cyanose des extrémités. Même traitement. Injections d'éther, Inhalations d'oxygène. Ventouses sèches.

Mon collègue et excellent ami le Dr Leriche assistant de M. Quénu voit la malade avec moi le 26 au matin vers 9 h. et porte le diagnostic après auscultation de *broncho-pneumonie gauche* qu'il rattache comme étiologie à l'épidémie régnante, à l'influenza.

La nuit a été mauvaise. Délire, oppression. Extrémités de plus en plus cyanosées. Injections d'éther. Ventouses sur le thorax et les cuisses. Inhalations d'oxygène. T. 39°,6.

Mort à 3 heures et demie du soir le 26 décembre.

AUTOPSIE. — Le 28 au soir, mon ami M. MIGNOT, interne des hôpitaux et moi pratiquons l'autopsie. Les fils de suture retirés, la plaie abdominale n'eut aucune tendance à se désunir et nous sommes obligés de nous servir d'un scalpel pour la désunir. A l'ouverture de la cavité abdominale : anses intestinales libres, flottant dans l'abdomen, *aucune trace de péritonite*, pas le moindre vestige de *pus* bien entendu ; l'appendice cæcal occupe la fosse iliaque gauche, le cæcum est couché en travers au-dessus de la vessie.

Adhérence de la vessie à la paroi abdominale par toute sa face antérieure, malgré cela la paroi vaginale antérieure est encore légèrement en prolapsus affleurant la vulve (cette disposition nous est expliquée par la capacité énorme de la vessie et du vagin).

Les fils de soie ne sont point résorbés mais sont intimement unis aux tissus où ils ont été placés. *Les sutures ont donc bien tenu.*

La traction exercée sur l'utérus corrige facilement le léger prolapsus de la paroi vaginale antérieure et (1) pour nous, la nécessité

(1) La paroi vaginale antérieure, d'où partant la paroi vésicale postérieure

d'une laparo-hystéropexie complémentaire s'imposait dans notre cas et nous parut devoir être généralisée dans tous ceux de cystocèle volumineuse avec augmentatioo de capacité vésico-vaginale.

L'utérus ainsi fixé en arrière sert de tuteur postérieur, tend la paroi vaginale antérieure qui est ainsi transformée en un plan beaucoup plus résistant et plus efficace.

Pour ne pas ouvrir la cavité thoracique nous perforons le diaphragme et extrayons facilement un gros morceau de poumon, celui-ci est en hépatisation grise, d'une friabilité extrême et présente tous les caractères macroscopiques de la broncho-pneumonie.

Conclusions : Notre malade a succombé de par son *poumon*, de lésion abdominale *pas de trace*. L'opération ne peut donc à notre sens être incriminée.

Examen des pièces. — La vessie paraît notablement augmentée de volume.

Sa forme dans l'état de *distension* est *ovoïde*, présente la même largeur en haut qu'en bas :

Circonférence prise au niveau du sommet		0,26
— — près de la base		0,26
Dimensions verticales.	A. — Face antérieure	0,22
	B. — Face postérieure.. se décomposant ainsi :	0,26,5
	a. Du cul-de-sac péritonéal supérieur jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin.	0,15
	b. Du cul-de-sac vésico-utérin jusqu'à l'embouchure de l'urèthre	0,11 1/2
Diamètre vertical de l'ovoïde		0,15

Vessie à l'état de vacuité :

Longueur, face antérieure	0,18
— face postérieure	0,25
Diamètre transversal	0,06 1/2

étant surtout en cause, ne pouvant agir directement sur elle, l'action à distance nous semble tout à fait indiquée.

L'*hystéropexie* de *propos délibéré* dans des cas *semblables* peut constituer à elle seule le traitement de la cystocèle vaginale.

L'utérus est petit, mesure 0,06 1/2, il existe au niveau de la section du col quatre petits pertuis.

Le vagin est très *épaissi* au niveau de la paroi antérieure, il semble au premier abord qu'elle soit doublée d'une *tumeur* infiltrée en nappe. Capacité vaginale énorme. Dilatation extrême expliquée par le port prolongé d'un pessaire Dumontpallier.

Réflexions. — Cette observation montre : 1° que dans le cas de prolapsus anciens il peut se produire, peut être moins rarement qu'on ne le pense, des adhérences compliquant singulièrement l'opération, aggravant le pronostic de l'intervention.

2° Que seule dans certains cas la fixation de la face antérieure de la vessie est insuffisante, la portion prolabée étant surtout la paroi postérieure vésicale sur laquelle il faudrait agir.

Conclusions. — 1° opérer de bonne heure.

2° Multiplier les moyens de soutien, constituer une véritable *enceinte* adhérentielle en faisant de parti pris : l'*ouro-hystéro-cystopexie.*

3° Association éventuelle d'une élytrorraphie ; cette dernière incapable à elle seule d'amener une guérison durable.

DE LA FORME COUENNEUSE OU PSEUDO-MEMBRANEUSE DE L'INFECTION PUERPÉRALE

Par le Dr **Maurice Péraire**, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Nous rapportons une observation d'infection puerpérale à forme diphtéritique pour laquelle nous avons fait des examens bactériologiques. Ces faits d'infection à forme diphtéritique ayant été remis en question ces temps derniers, il nous a paru intéressant de publier notre cas.

Ce n'est pas que la production de fausses membranes fibrineuses chez les nouvelles accouchées présentant des accidents fébriles ait été méconnue des anciens cliniciens.

Dans une thèse qui a pour objet la relation d'une épidémie puerpérale survenue à l'hôpital de la Charité de Lyon en 1850, Alexis Chavanne insistait sur l'aspect pseudo-membraneux présenté dans les cas observés :

La muqueuse qui tapisse le vagin était couverte de plaques plus ou moins étendues, de couleur grisâtre, d'apparence pultacée, de forme irrégulière, occupant de préférence les parties ecchymosées, adhérant fortement à la muqueuse sous-jacente et paraissant même faire corps avec elle. Autour de ces plaques et dans les espaces qui les séparaient la muqueuse présentait une rougeur érysipélateuse annonçant que cette membrane ne tarderait pas à être envahie.

L'auteur compare ces productions pseudo-membraneuses à ce que le chirurgien Delpech appelait autrefois pourriture d'hôpital, et que Robert a désigné plus tard sous le nom de diphtérite des plaies (Alexis Chavanne, *Gaz. méd.*, 1852, p. 259).

Hardy et Béhier (1) ont parlé de la forme diphtéritique de la septicémie puerpérale.

« Ces fausses membranes, véritable pourriture d'hôpital à forme diphtéritique, se développent sur la surface utérine dénudée, sur la plaie placentaire, sur le col déchiré, sur le vagin et sur la vulve dénudés, comme sur toutes les plaies, quelles qu'elles soient. M. Louis Blin (Paris, 1857) a observé dans le service de Jobert de Lamballe, le développement de cette même altération chez des femmes opérées de fistules vésico-vaginales, alors que les accouchées du service de M. Horteloup étaient atteintes de la même forme. C'est là, comme on le voit, une variété de pourriture d'hôpital, et non la conséquence de la terminaison d'une phlegmasie. »

Et page 91 : « L'influence épidémique, dont on ne saurait, en certains moments, récuser l'action fatale, est la cause la plus acceptable de la forme diphtéritique à laquelle la contagion par contact direct peut ne pas être étrangère, puisque

(1) Pathol. int., 3. part. I, 1869, p. 87.

la pourriture d'hôpital, dont elle n'est qu'une variété, semble transmissible par ce mécanisme ».

Béhier, dans sa clinique médicale, a insisté sur l'aspect diphtéritique que prend dans certains cas, non seulement la surface interne de l'utérus, mais une partie de l'étendue du vagin (Béhier. Clin. méd., 1864, p. 521 et 654, Paris).

Dans une observation en particulier, la tendance diphtéritique s'accuse, non seulement par l'extension de la diphtérie utérine à la muqueuse du vagin, mais encore par des formations pseudo-membraneuses à l'intérieur des veines latérales de la matrice.

Hervieux a bien observé lui aussi la forme diphtéritique de l'infection puerpérale. Ainsi, il dit que : La diphtérie peut prendre naissance dans l'utérus et s'étendre de haut en bas par voie de continuité à la muqueuse du vagin ; ou bien des éraillures vulvaires ou des déchirures périnéales sont le siège primitif de la formation pseudo-membraneuse, laquelle se propage de bas en haut à une étendue plus ou moins grande de la cavité vaginale.

Donc, deux formes de diphtérie, l'une vulvo-vaginale et l'autre utéro-vaginale. Ces deux formes ne diffèrent en aucune façon. Dans chacune d'elles l'exsudat dont la muqueuse est tapissée consiste en une production d'apparence pseudo-membraneuse, de couleur grise ou gris jaunâtre, de forme irrégulière, relevée sur ses bords à la manière de *certains lichens* (1).

Pendant un certain temps, on a semblé prêter fort peu d'attention à la forme pseudo-membraneuse de la septicémie puerpérale. En 1883, dans sa thèse d'agrégation, M. Maygrier lui consacre quelques lignes à peine.

Elle a été remise en question dans un travail récent, dans la thèse de notre ami Widal (2).

(1) HERVIEUX. Mal. puerp., 1870, p. 422.

(2) Étude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle. Th. 1889.

Depuis cette époque rien n'a paru sur ce sujet, si ce n'est la clinique de notre excellent maître le docteur Chantemesse (1). L'auteur consacre à cette forme diphtéroïde de l'infection puerpérale un chapitre à part.

Il dit que les fausses membranes utéro-vaginales ressemblent à s'y méprendre aux fausses membranes de la diphtérie, et insiste sur la gravité d'une pareille lésion.

Quelle est donc la nature de ces fausses membranes, de cette forme diphtéroïde ? Ressortent-elles d'une diphtérie légitime localisée sur les organes génitaux de la femme à la faveur de l'état puerpéral ? Ont-elles quelque analogie avec les fausses membranes qui recouvrent les plaies chirurgicales dans la pourriture d'hôpital, comme l'avaient bien remarqué les anciens observateurs, ou bien sont-elles une des modalités anatomiques de l'infection puerpérale commune causée par le streptocoque ?

Baumgarten ne voit dans cette lésion qu'un accident de la diphtérie ordinaire. Widal et Chantemesse considèrent qu'elle n'appartient pas à la maladie de Bretonneau et de Trousseau.

La forme pseudo-membraneuse de l'infection puerpérale est éminemment contagieuse. Elle peut se transmettre par contagion, en conservant ses caractères.

Il importe donc, comme le dit fort bien Chantemesse, de la soumettre à l'expérimentation sur les animaux en la comparant à la diphtérie vraie, celle qui est suivie de paralysie et qui doit sa cause au bacille de Klebs, ainsi que l'ont démontré, ces temps derniers, les beaux travaux de Roux et Yersin. La question est en ce moment à l'étude.

Épidémique, la forme diphtéroïde de l'infection puerpérale, peut sévir avec une violence inouïe. Exemple l'observation du Dr Lusk de Washington, qui en a vu 150 cas contagionnés à la même source. Widal et Chantemesse en font mention.

---

(1) *Progrès médical*, 29 mars 1890.

Il s'agit d'une femme ayant eu la syphilis, qui fut prise, après son accouchement, de diphtérie puerpérale. Celle-ci fut le point de départ de l'épidémie dans la maternité où cette malade recevait des soins.

Sur les cent cinquante cas observés, tous avec fausses membranes fibrineuses, vingt-huit femmes moururent.

Dans les autopsies pratiquées pour des lésions septicémiques d'origine puerpérale à forme diphtéroïde, on a trouvé, non seulement les fausses membranes siégeant dans l'utérus et dans le vagin, mais aussi dans la cavité des veines et sur le péritoine.

Dans notre cas, cette fausse membrane, rampant en quelque sorte sur la vulve, ressemblait cliniquement à certains lichens développés sur l'écorce des arbres. De couleur blanc grisâtre, de forme irrégulière, relevée sur ses bords, elle était entourée d'une sorte de pointillé blanchâtre.

Grattée avec l'ongle, elle se reproduisait au bout d'un certain temps. Le tissu sous-jacent à la fausse membrane était plus rougeâtre qu'à l'état normal.

Plus épaisses et de teinte jaunâtre étaient les fausses membranes développées sur la muqueuse utérine, et ramenées au dehors par le curettage utérin.

Ici, elles n'étaient nullement en contact avec une sécrétion purulente quelle qu'elle soit, comme dans l'observation IX de Widal.

Donc, la fausse membrane peut exister à l'état de pureté. Mais il est des cas où elle se présente en même temps que du pus sur les autres organes.

Widal a montré que dans toutes ces modalités cliniques, le streptocoque pyogène existait toujours.

C'est lui qui occasionne tous les accidents infectieux. Ainsi que l'a dit Chantemesse, la fièvre n'est que la traduction extérieure d'une culture microbienne ; sa date d'apparition et son intensité sont subordonnées aux conditions qui règlent cette germination, au nombre des microbes, à leur nature, à leur virulence.

Cette forme diphtéroïde pseudo-membraneuse de l'infection puerpérale est une preuve nouvelle du polymorphisme des lésions que peut occasionner le streptocoque.

Des faits publiés récemment nous ont appris que des streptocoques peuvent, en dehors des organes génitaux, produire des fausses membranes, et que souvent les fausses membranes fibrineuses qui recouvrent les amygdales des scarlatineux contiennent aussi le streptocoque à l'état de pureté.

Cette démonstration a été bien mise en relief par Louis Guinon (1).

L'auteur insiste longuement sur l'étendue et la variété des pouvoirs pathogènes du streptocoque.

Dans un travail fort bien conçu, fait au laboratoire de M. le professeur Strauss, MM. Bourges et Wurtz sont arrivés tout récemment à des conclusions absolument identiques, d'un réel intérêt au point de vue pratique.

L'agent infectieux, avons-nous dit, est le streptococcus pyogenes, micro-organisme banal, qui cause l'érysipèle, les infections des plaies chirurgicales, la pyohémie des blessés, les infections purulentes secondaires à la scarlatine, la diphtérie, etc. Nous devons insister un peu sur lui. Ainsi, c'est lui que l'on trouve une fois sur 11 dans le mucus vaginal de femmes saines. Tout médecin donnant ses soins en ville ou à la campagne à des malades atteints des affections les plus diverses, s'il n'a pas pris soin de se désinfecter d'une façon toute spéciale, et de désinfecter la femme au préalable, peut être lui-même, sans s'en douter, le porteur de ces streptocoques, et s'exposer à créer un cas de septicémie puerpérale. Dans ce cas l'infection se fait par les mains, par les instruments, par les objets de pansement, par une érosion quelconque de la vulve, ou du col utérin. Ainsi naît dans une ville, dans une maison, si isolée qu'elle soit, un cas d'infection puerpérale soudaine qui peut devenir le foyer d'une véritable épidémie.

(1) *Revue des maladies de l'enfance*, 1889.

Comme l'a dit avec raison notre collègue et ami H. Varnier (1), le streptocoque pyogène est partout, à la campagne aussi bien qu'à la ville, et des faits presque quotidiens sont là pour prouver la fausseté de cette assertion, si souvent répétée encore à l'heure actuelle, que si l'antisepsie a sa raison d'être dans les services hospitaliers, elle est superflue dans la pratique courante, particulièrement à la campagne.

L'agent infectieux,le streptococcus pyogenes, se présente sous forme de grains ou micrococques juxtaposés au nombre de 3, 4, 5, et même 10 pour former des chaînettes sinueuses, parfois réunis 2 à 2, parfois enfin isolés.

On le reconnaît dans les préparations (lochies, pus péritonéal, muqueuse et vaisseaux de l'utérus, etc.) grâce à son affinité pour les couleurs d'aniline.

Il se développe bien à une température de 30 à 35° dans et sur la gélatine, dans la gélose, dans le bouillon. Son activité se perd rapidement par la dessiccation. Le séjour d'une culture pendant 10 minutes à la température de 80° suffit pour la stériliser (Widal).

Petite et grande puerpéralité, formes qui guérissent et formes qui tuent, avec ou sans suppuration, sont produites par ce même micro-organisme (Varnier).

Les effets sur l'organisme de l'agent infectieux dépendent de la quantité des germes infectants, du terrain sur lequel ils évoluent, de leur virulence, de leur voie de pénétration.

L'affection devra donc être considérée comme plus grave si elle se déclare chez une femme débilitée, soit par une maladie antérieure, soit par une violente hémorrhagie, soit par un travail d'accouchement très pénible et très prolongé.

La question de terrain crée donc pour l'agent infectieux un centre de culture plus ou moins favorable à son évolution.

---

(1) *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, n° 14, février 1889, p. 39.

Voici une observation de la forme couenneuse ou pseudo-membraneuse de l'infection puerpérale.

Nous avons eu l'occasion de la recueillir au moment où la femme était en plein frisson, dans toute l'évolution de sa septicémie.

Les renseignements concernant le début de celle-ci nous ont été fournis par le D[r] Vidal, médecin traitant.

Accouchement à terme. — Infection puerpérale à forme diphtérique. — Curettage utérin. — Mort seize jours après l'accouchement, soit 14 jours après le début de l'infection. — Fausses membranes fibrineuses à la vulve, au vagin, à l'utérus. — Streptocoques sur les coupes utérines.

M[me] M..., de Grasse, 28 ans, est de bonne santé habituelle. Tristesse fréquente depuis la perte d'un enfant de 1 an, mort du croup dans l'année 1888. Le 31 mai 1889, à minuit, après un travail de quelques heures, naissance d'une fille pesant plus de 4 kilog. La grossesse avait été parfaitement supportée par la malade. Toutes les fonctions s'exécutent bien. Pas d'albumine dans les urines.

Délivrance un peu retardée. Au bout de 3/4 d'heure d'attente, le placenta était aux 3/4 dans le vagin ; il est retiré après introduction de la main, et extrait méthodiquement, les membranes roulées en corde. Examiné avec le plus grand soin le gâteau cotylédonien est reconnu intact. Les caillots sont retirés du vagin, on n'y trouve aucun débris de membranes.

La journée du 1[er] juin se passe bien, sauf un peu de difficulté le matin pour uriner, qui cependant est vaincue sans cathétérisme.

Le 2, à midi, tout allait très bien, frisson de moyenne intensité.

Le soir. Temp. 39°,5. Pouls, 90.

Sulfate de quinine, 70 centigr.

Le 3. Midi et quart. Frisson violent. Chaleur et sueur ; à 7 h. pouls 90°, peau fraîche.

Avait pris à 9 heures, 30 centig. sulfate de quinine ; a pris à 10 h. 1/2, 70 centig. de sulfate de quinine.

Le 4. A pris dans la nuit 60 centig. Matin : Temp. 38°. Pouls 90. Lochies un peu grisâtres sans odeur fétide. Aucun point douloureux dans le ventre à la pression. Peu de sommeil la nuit. État calme ce matin; purgatif, 30 gr. sulfate de magnésie.

Soir, plusieurs selles liquides dans la journée, une partie du purgatif a été rendue. Lochies semblables. Montée légère du lait. Pouls, 100. Soir : Temp. 39°,2. Langue blanche.

Rien absolument de particulier du côté du ventre. Les suites de couches paraissent suivre leur cours normal; 60 cent. sulfate de quinine le soir.

Le 5. Nuit sans sommeil, mais calme. 3 selles liquides infectes. Lochies normales. Ventre souple absolument indolore. Pas de phlébite des membres, Pouls à 84. Temp. 38°,2.

60 centig. de sulfate de quinine. Temp. 39°,2.

Pas de selles depuis ce matin, le bouillon et l'eau vineuse ont été supportés.

Le 6. Nuit avec un peu de sommeil grâce à une potion au chloral.

Le matin, 15 gr. de sulfate de magnésie avec un demi-verre d'eau d'Hunyadi-Janos. Pouls, 84. La journée se passe très bien. Plusieurs selles liquides. Ventre souple, non douloureux. La malade cause volontiers, sans fatigue. Lochies peu abondantes, séro-muqueuses, sans odeur. Le soir un peu d'élévation de la température. Sulfate de quinine, 60 centigr.

Le 7. Dans la nuit, redoublement de fièvre très accentué. On donne le matin deux lavements selles muqueuses. Rien à signaler dans aucun organe. Le matin, pouls 90, temp. 39°,5. Toutes les trois heures, prendre un granule d'aconitine. A midi, encore une selle muqueuse. A l'examen des parties génitales, on trouve le vagin chaud et humide, le col très haut, effacé, fermé. Le doigt retiré du vagin n'avait pas la moindre odeur. Les linges sont tachés de lochies peu abondantes, sans odeur. La température à midi est de 38°,5. Sulfate de quinine, 60 centigr., trois granules d'aconitine, 5 centigr. de santonine; deux selles fétides.

Pouls, 88 ; temp., 39°,2.

Le 8. Dès le matin, pouls 100, temp. 40°. Nuit agitée, chaleur considérable. Vomissements bilieux. Ventre légèrement météorisé Urines chargées. Lochies normales.

Potion avec extrait de quinquina, 4 gr. Bouillon. Lavement. Injection. Friction sur le ventre avec de l'huile de camomille. A midi temp., 39°,5. Pouls, 96. On continue les granules d'aconitine. A deux heures. Pouls, 82, temp., 38°,5. Sulfate de quinine, 60 centigr. A 3 heures 1/2, vermifuge. On garde les urines pour les examiner. A 6 heures du soir, consultation avec le D[r] Comballat, chirurgien

des hôpitaux de Marseille. La temp. 39°,2. On conseille des injections intra-utérines. On donne 60 centigr. de sulfate de quinine et une piqûre de morphine.

Le 9. Nuit assez calme. Matin, temp. 40°,2. Pouls petit. Injection vaginale. A 3 heures temp., 40°. Sulfate de quinine, 30 centigr. A 4 heures injection intra-utérine, lotions boriquées, tampon à l'iodoforme. Pendant l'introduction du doigt conducteur de la canule au col, douleur vive, à ce que dit la malade, existant au refoulement du périnée et même à l'entrée du vagin. L'application du doigt sur le col est douloureuse aussi. Le col est extrêmement haut, difficile à atteindre. Rien d'anormal dans les culs-de-sac.

Les parois vaginales ne peuvent être examinées à cause de l'agacement dans lequel se trouve le malade. Cependant l'injection intra-utérine est faite, et n'amène que quelques petites glaires jaunâtres absolument normales au 9e jour.

A 9 heures. 30 c. de sulfate de quinine.

A 10 heures. T. 39°,6. Une piqûre de morphine.

Le 10. Nuit bonne, sommeil calme et naturel. T. 37°,8. On continue le sulfate de quinine et le quinquina. Injections vaginales. Bouillons. A midi, 37°,7. Pouls, 70.

A 6 heures T. 38°,9. P. 84.

Injection intra-utérine faite sur le bord du lit. Rougeur et grande sensibilité de la muqueuse vaginale, près de l'entrée du vagin. Rien de douloureux sur le col ni dans les culs-de-sac. L'introduction de la sonde est facile à travers un orifice qui se ferme de plus en plus. Lochies blanchâtres, peu abondantes, sans odeur. Un peu de douleur à la face antérieure des cuisses.

Le 10. A 10 heures du soir, pouls, 72, T. 38°,2. Une piqûre de morphine. Urines abondantes, et limpides. Pas de réaction albumineuse. Calme très satisfaisant. Bouillons et grogs.

Le 11. A 8 heures, p. 66. T. 37°.

A 10 heures, frisson long, sans claquement des dents, mais avec prostration des forces, concentration et petitesse du pouls, sans fréquence.

A midi, réaction intense, pouls 94, T. 40°,4. A 3 heures, pouls 82°, T. 40°,4. On continue toujours le quinquina et le sulfate de quinine à la dose de 1 gr. 20 par jour. Toutes les fonctions s'accomplissent bien. Rien à noter de particulier si ce n'est un peu de douleur le long de la partie antérieure des cuisses. Pas de cordon induré dans

les saphènes. Les lochies sont toujours peu abondantes, jaunâtres, absolument sans odeur. A 8 heures, injection intra-utérine.

La fin de l'observation est continuée par nous.

Arrivée à Grasse mardi 5 h. 11 juin. Nous trouvons la malade agitée. Pâleur de la face, frissons violents. Vomissement bilieux. Temp., 40°,9. Langue sèche, selles fétides. Courbature générale. Pouls, 120.

On ordonne : naphtol et charbon, 1 gr. à prendre en 4 fois et 2 lavements boriqués par jour. Injection intra-utérine de sublimé à 1/2000. Compresses vulvaires. Sublimé.

Le 12. Nuit plus calme que la veille, même traitement; champagne, lait, 1 œuf à midi. La chemise est souillée par du liquide purulent, inodore.

2 injections intra-utérines de sublimé à 1/2000.

Le liquide qui ressort ne présente pas de fétidité, quelques débris de membrane jaunâtre.

Les selles conservent encore une odeur fétide.

La température est de 38°,8. Pouls, 89°.

Le 13. Nuit bonne.

Température, 37°,8. Pouls, 80.

Langue toujours un peu sèche.

1 selle dans la nuit, moins fétide que d'habitude; même traitement. Les urines examinées contiennent du sucre. Les injections intra-utérines font sortir quelques débris membraneux jaunâtres inodores.

Le soir, temp., 38°,1 ; pouls, 92.

Même traitement.

La malade est chloroformisée le 14 juin à 9 h. du matin. Curettage utérin, pratiqué par le Dr Terrier, après toutes les précautions antiseptiques habituelles. Il existe une couenne grisâtre qui tapisse tout l'utérus et qui est enlevée par débris. Fausse membrane d'un blanc jaunâtre sur la muqueuse vaginale. On la détache avec l'ongle. Tampons vaginaux iodoformés.

Dans l'après-midi, frisson violent suivi de quelques petits frissonnements. Puis transpiration abondante. Temp., 40°, pouls, 100. Du vendredi au samedi, nuit mauvaise.

Insomnie. Faciès grippé. Langue sèche. Six vomissements, deux selles diarrhéiques.

Douleurs abdominales vives.

Pression sur les trompes et les ovaires insupportable.

Anhélation, peau sèche. Temp. 40°,9. Pouls, 120. Pouls fuyant. devenant filiforme par moments.

On continue injections de bromhydrate de quinine.

On fait lavages intra-utérins au sublimé à 1/2000. On retire un tampon vaginal.

1 lavement boriqué. Cognac à hautes doses. Naphtol; gaz rendus amènent léger soulagement; vomissements.

Le 15, matin. Temp. 39°,2. Pouls, 110. Pouls meilleur. Plus d'anxiété respiratoire, ventre souple.

Une selle diarrhéique moins fétide. Même traitement, lait. On retire tous les tampons vaginaux.

Vomissements incessants. Gaz rendus sans sonde. Miction naturelle.

Température, 39°.

Pouls, 130. Faciès grippé. Langue sèche. Selles fréquentes, diarrhéiques, moins fétides. Lavage intra-utérin toutes les 2 heures.

On donne une injection de morphine de 1/2 centigr.

Lavement de peptones.

Il existe à la région vulvaire sur les 2 grandes lèvres une fausse membrane jaunâtre se prolongeant dans le vagin et se détachant difficilement.

Le 16. Nuit mauvaise, agitation, vomissements fréquents, peau sèche. On donne un lavement de peptone qui n'est pas gardé. Évacuations inconscientes. Le matin, face pâle, traits tirés. Dépression absolue. Mains froides. On fait plusieurs injections d'éther. Subdelirium. Mort à midi.

A l'examen des débris de muqueuse, et de caillots enlevés, nous trouvons des chaînettes très nettement distinctes. Ces micro-organismes sont en plus petit nombre dans les fausses membranes. Ils paraissent être semblables à ceux que notre ami Widal nous avait fait voir dans des coupes d'utérus de femmes mortes d'accidents septicémiques puerpéraux, et désignés sous le nom de streptocoques pyogènes.

Pour obtenir des cultures pures de micro-organismes, il nous restait à faire des cultures avec les fausses membranes, les caillots et le sang; mais nous n'avions pas à Grasse de bouillon ni de gélose à notre disposition, à notre grand regret.

Sans doute, le sang du cœur, le poumon, le foie, la rate, les reins ensemencés sur bouillon d'agar nous auraient donné des cultures de streptocoques, montrant qu'ainsi on avait en réalité affaire à une infection généralisée.

Quels sont donc les procédés dont nous disposons aujourd'hui pour empêcher la production de cette forme maligne de la septicémie puerpérale ?

Quels sont les moyens qui peuvent arrêter l'évolution de celle-ci, une fois déclarée ?

Nous les diviserons en : 1° Précautions prises pendant la grossesse ; 2° avant, pendant et après l'accouchement ; 3° au moment des accidents d'infection puerpérale.

1° Précautions prises pendant la grossesse.

Ce sont surtout des soins de propreté pratiqués matin et soir.

Avec les précautions d'asepsie la plus rigoureuse, on évitera bien des accidents imputables le plus souvent soit au milieu dans lequel l'accouchée se trouve, aux germes atmosphériques, à l'état général auquel on faisait jouer un si grand rôle autrefois, et qui en province est loin de perdre du terrain.

Toute femme enceinte doit, dès le début de sa grossesse, pratiquer matin et soir des injections d'eau tiède. Chaque injection, d'un litre chacune, sera faite lentement, sans que le jet soit brusque.

Dans chaque injection on mettra, étant donné que la cavité vaginale est un milieu essentiellement infecté, un verre à madère de la solution au biiodure de mercure à 1 pour 1000.

Ces injections vaginales doivent être pratiquées au moyen d'un récipient de verre auquel on adapte un tube de longueur moyenne, muni d'une canule en verre.

Un tampon d'ouate hydrophile, ou d'ouate boriquée ou salolisée, est ensuite placé en permanence à la vulve préalablement lavée au savon et à l'eau chaude.

La canule en verre doit être conservée dans un bocal de verre fermé hermétiquement et rempli d'eau boriquée, ou

de la solution au biiodure d'hydrargyre, et le récipient doit être placé à l'abri de la poussière.

Il est nécessaire que la femme enceinte prenne de grands bains (deux fois par semaine en moyenne) pourvu que ceux-ci ne soient pas trop chauds et que la femme n'y reste pas plus de vingt minutes.

Ces précautions qui peuvent paraître puériles et sur lesquelles nous insistons à dessein sont de la plus grande importance.

Ce sont elles qui assureront l'innocuité des manœuvres que l'on pourrait avoir à pratiquer au moment de l'accouchement.

Ce sont elles qui empêcheront la femme d'être prise de frissons, d'avoir une température élevée, prélude d'une infection certaine, et l'enfant qui va naître d'avoir ces ophtalmies soi-disant toujours blennorrhagiques, et qui souvent sont purement d'origique leucorrhéique.

C'est le premier acte à accomplir avant toute intervention.

2° Avant l'accouchement, au moment où la femme est prise des douleurs, on doit, avant de pratiquer le toucher vaginal, se laver les mains et les avant-bras, les brosser le plus soigneusement possible, ainsi que les ongles ; et les tremper dans une solution phéniquée à 2 0/0 ou dans une solution de sublimé à 1 pour 1000. De cette façon, l'accoucheur sera mis en garde contre les risques qu'il pourrait courir d'être un agent de transport de germes infectieux.

Le toucher vaginal sera précédé d'une injection antiseptique.

Mais auparavant il faut faire une toilette complète du canal génital faite au moyen d'un tampon d'ouate antiseptique trempé dans une solution de biiodure à 1/2000.

Cette solution est placée entre les jambes de la femme immédiatement au-devant d'un bassin vide.

Ne jamais se servir des éponges difficiles à stériliser.

Au moyen de l'ouate ainsi imbibée, faire un lavage soigneux des poils, des plis inguinaux, de la région ano-périnéale, des grandes et des petites lèvres.

Le doigt devra être graissé préalablement, tout humide encore de la solution désinfectante, dans une pommade contenant un centigramme de bichlorure de mercure pour 30 gr. de vaseline blanche, ou bien 50 gr. de vaseline pour un gramme d'acide phénique. Les pommades doivent remplacer dans tout examen et toute intervention instrumentale l'huile, la graisse et le beurre dont malheureusement on se sert encore souvent.

Après l'accouchement, si les membranes sont intactes, irrigation vaginale antiseptique.

En faire deux par jour toujours très chaudes ; et tampon d'ouate salolisée ou iodoformée placé en permanence à la vulve.

L'Académie ayant reconnu l'utilité de permettre aux sages-femmes l'emploi d'un antiseptique, vient d'adopter la formule suivante.

Sublimé..........................	0,25 centigr.
Acide tartrique pulvérisé...........	1 gramme.
Solution alcoolisée de carmin d'indigo sec à 5 0/0..................	1 goutte.

Mêlez et pulvérisez pour un paquet.

Chaque paquet doit être placé dans un litre d'eau bouillie, pour servir aux irrigations vaginales.

Si des manœuvres ont été nécessaires, par suite de rétention du placenta, s'il y a eu intervention par le forceps, etc., mêmes précautions antiseptiques que pour le toucher vaginal simple.

Le deuxième acte est terminé ; et tout doit marcher normalement sans hémorrhagies, sans fétidité des lochies, sans frisson, sans fièvre.

3° Rappelons-nous que l'accouchée en tant que blessée est exposée à tous les accidents infectieux qui peuvent compliquer les plaies : Fièvre traumatique, septicémie aiguë, septicémie chronique, infection purulente.

Ce sont des degrés divers de l'infection puerpérale.

Si l'infection est déclarée avec tout son cortège symptomatique sur lequel nous n'avons pas à insister ici, il faut multiplier les injections vaginales; donner des injections intra-utérines; donner matin et soir un lavement boriqué à la malade; donner du sulfate de quinine, des toniques, et désinfecter son intestin au moyen du charbon et du naphtol β; ou au moyen du salol et du charbon mélangé.

Un gramme de ces substances à prendre en quatre fois chaque jour.

Il faut tâcher de débarrasser l'économie des produits infectieux déjà introduits.

Si l'amélioration ne s'effectue pas dans les 24 heures, alors inutile de tergiverser.

Il faut avoir recours de suite au curettage utérin.

En effet, l'action des irrigations n'est que superficielle.

Que peuvent-elles contre la couenne grisâtre tapissant toute la cavité utérine dans les cas de septicémie puerpérale, contre cette matière putrilagineuse rougeâtre qu'on a comparée à de la boue splénique, et que l'on trouve à l'examen d'utérus de femmes mortes de cette affection?

Chartier a pu observer que le résultat avait été négatif chez des femmes traitées par des irrigations soit intermittentes, soit continues.

Il faut avoir recours de suite au curettage utérin, avons-nous dit.

Nous ne décrirons pas le procédé opératoire. Nous renverrons pour la description à notre thèse où la question est résumée (1).

Les résultats opératoires, au dire de Chartier, ont toujours été merveilleux. Ainsi il cite un certain nombre d'observations instructives.

Donc il faut intervenir, et intervenir le plus tôt possible, avant que la dose de poison absorbée par la malade ait été trop forte, pour lui permettre de réagir d'une façon favorable, efficace.

---

(1) Th. de Péraire. *Endométrites infectieuses*, 1889.

Il faut que les précautions antiseptiques soient prises pendant les jours qui suivent, comme pendant ceux qui précèdent l'opération.

Sans cela on s'expose à voir survenir des phénomènes de réinfection.

Le curettage utérin est seul capable de détacher les débris placentaires de l'utérus, d'empêcher la formation de la pseudo-membrane diphtéritique, d'abaisser la température.

Lorsqu'une péritonite s'est déclarée et s'est généralisée, ou que l'infection de l'économie tout entière s'est faite par l'absorption du poison à hautes doses, il y a peu de chose à espérer de l'intervention opératoire, pas plus que de toute autre médication.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 8 mai 1890.

Présentations. — DOLÉRIS. **Utérus renfermant un fibrome interstitiel,** tumeur constatée pendant la grossesse. L'hystérectomie fut faite 3 mois après l'accouchement. Le tissu du fibrome, rougeâtre, tranche par sa coloration sur le tissu de l'utérus, plus pâle; c'est la seule tumeur, parmi celles que Doléris a eu l'occasion d'observer, qui paraît n'avoir subi aucune modification du fait de la grossesse.

Discussion : GUENIOT a déjà signalé cette absence de modifications chez certains fibromes : en général, ces tumeurs sont d'origine récente. Ce sont les fibromes anciens qui se modifient. Quant à la différence de coloration qui existe dans le cas actuel, elle est sans doute la conséquence d'une régression moins rapide pour le tissu fibreux que pour le tissu utérin.

PAJOT. **Enfant appartenant au genre ectromèle.** — Il est âgé de quelques mois, du sexe masculin. Abstraction faite de l'avortement plus ou moins complet des membres (membre supérieur droit complètement développé; membre supérieur gauche représenté par

le bras, sur le moignon duquel on distingue un vestige de doigt, membres inférieurs représentés seulement par de petits vestiges de pieds), il présente un embonpoint remarquable.

BUDIN. *a*) Aquarelle et dessin, reproduisant un **pseudencéphale. genre thlipsencéphale**; monstre né dans le service de la Charité. La présentation est complétée par une description anatomique très détaillée. Au cours de l'accouchement, on put nettement percevoir, en introduisant un doigt entre l'utérus et les membranes, l'existence de battements. Et comme il fut possible de s'assurer qu'ils ne se formaient ni dans le cordon ni dans des vaisseaux anormalement développés sur les membranes, l'hypothèse d'un pseudencéphale, déjà éveillée par l'existence d'une hydramnios et d'une mobilité insolite du fœtus, prit plus de consistance. Le fœtus pesait à sa naissance 1,180 gr. et mesurait 33 cent.

b) Dessins représentant une **tumeur sacro-coccygienne cause de dystocie**. Cette tumeur, située dans la région sacro-coccygienne, était constituée par deux masses, l'une plus médiane, l'autre occupant la région fessière du côté droit et se prolongeant jusqu'au grand trochanter. Cette tumeur avait retardé l'expulsion de l'enfant qui, du sexe féminin, pesait 3,000 gr. Au cours de l'accouchement la masse médiane se rompit et depuis elle était le siège d'une hémorrhagie, sinon considérable, du moins continue. Le 11 juillet, c'est-à-dire 2 jours après l'accouchement, M. Segond procède, la main forcée, à l'extirpation de la tumeur. Malgré tous les soins, l'enfant succombe le 15 juillet, emporté par une diarrhée incoercible. L'examen nécropsique a montré qu'il s'agissait d'une tumeur polykystique située immédiatement entre le coccyx et l'anus et ayant pris naissance sur les plans fibreux profonds. A la surface interne de cette tumeur, existaient de petits kystes transparents.

c) **Grossesse gémellaire. Deux fœtus superposés. Examen de l'arrière-faix, opinions exprimées autrefois par Levret.** — Au neuvième mois de la grossesse, chez une femme enceinte pour la 1re fois, et malgré les difficultés spéciales du palper, l'auteur diagnostiqua une grossesse gémellaire et reconnut formellement qu'un des fœtus était situé transversalement, et au-dessus de l'autre enfant. En raison des longueurs de l'accouchement, de l'état particulièrement nerveux de la parturiente, et du peu de progression de la partie fœtale qui se présentait (extrémité pelvienne), le chloroforme fut donné jusqu'à anesthésie; puis, la femme étant endormie, les pieds du

1er enfant furent saisis, abaissés, et l'extraction réalisée assez aisément. L'utérus s'étant contracté fortement, le second enfant, par un mouvement de bascule, vint se placer également en présentation pelvienne. Une seconde poche des eaux s'étant formée, on la rompt et on procède à l'extraction du deuxième enfant ; durant la rupture de la poche « *le doigt sent se déchirer des membranes qui glissent sur d'autres situées au-dessus : l'amnios et le chorion de l'œuf qui a contenu le premier fœtus se déchirent d'abord, il faut ensuite traverser le chorion et l'amnios du second œuf* ». L'extraction de l'enfant fut aisée : deux enfants vivants, suites de couches normales.

L'arrière-faix paraissait extérieurement n'avoir qu'une poche ; en réalité il existait deux placentas et deux poches, celles-ci séparées par une cloison interne, constituée par 4 membranes, chorion et amnios du 1er œuf, chorion et amnios du 2e œuf. Cette disposition particulière des deux œufs confirmait la constatation faite, pendant la grossesse, de la situation relative des deux enfants.

En 1882, l'auteur avait déjà insisté sur les différences qui peuvent se rencontrer dans la situation relative des enfants dans les grossesses gémellaires (fœtus placé côte à côte, un fœtus en avant, un fœtus en arrière, un fœtus situé au-dessus de l'autre), et il pensait avoir été le premier à attirer l'attention sur ce point spécial. Or, depuis il a trouvé que Levret avait indiqué ces variétés de rapports réciproques des deux fœtus dans un livre qu'il dit peu connu : « *Essai sur l'abus des règles générales et contre les préjugés qui s'opposent aux progrès de l'art des accouchements* ».

LOVIOT. 1) **Polype du rectum, ligature suivie d'excision immédiatement après l'accouchement.** — C'est au cours d'une application de forceps, nécessitée par l'état d'épuisement de la parturiente et par un accouchement laborieux, en raison en partie du gros volume de l'enfant, au moment où la tête fœtale arrivait sur le périnée, que cette tumeur fit saillie à travers l'anus. La parturiente déclara qu'elle avait constaté cette tumeur 6 années auparavant, qu'elle augmentait de volume chaque fois qu'il existait de la constipation, qu'à l'occasion des selles elle donnait lieu à des douleurs et à une très petite perte de sang, qu'elle sortait et qu'il fallait chaque fois la réduire. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un **fibro-myxome.**

Suit une revue rétrospective sur les polypes du rectum.

2) **Chute tardive du cordon ombilical.** — Le fait a été observé sur un enfant né environ 3 semaines avant terme. Le cordon ne se détacha que le 15e jour. Le pansement, à sec, avait été fait avec de l'ouate boriquée. Bien que né avant terme, l'enfant se développait, néanmoins, très bien.

3) **Albuminurie chez une multipare.** — Loviot fut appelé la femme étant déjà en travail. La sage-femme craignait une présentation de l'épaule, il s'agissait en réalité d'une présentation pelvienne: La parturiente avait la face bouffie, les membres œdématiés et l'examen de l'urine avait décelé une forte proportion d'albumine. Dans les grossesses antérieures, la femme n'avait jamais présenté d'anasarque. La dilatation étant complète, l'auteur rompit les membranes, saisit les pieds et procéda à l'extraction de l'enfant, qui fut aisée. Délivrance spontanée. Hémorrhagie assez notable, qui nécessita deux injections intra-utérines chaudes (45-48°) et l'administration d'ergotine Yvon. L'auteur a voulu affirmer une fois de plus la *nécessité qu'il y a d'examiner, à plusieurs reprises, l'urine de toutes les femmes enceintes, qu'elles soient primipares ou multipares, qu'elles présentent ou non des signes prémonitoires de l'albuminurie;*

4) **Ictère et grossesse; mort du fœtus.** — Une femme de 21 ans, primipare, présente dès le 6e mois de sa grossesse une albuminurie légère. Cette albuminurie est-elle antérieure ou consécutive à la grossesse, la question reste indécise. A ce moment, on constate nettement les doubles battements fœtaux. Huit jours environ avant le terme, la femme est prise d'ictère. A un nouvel examen, on ne perçoit plus les bruits du cœur de l'enfant et la femme ne sent plus remuer depuis quelques jours, Accouchement à terme, et expulsion d'un enfant mort depuis une quinzaine de jours et macéré. Malgré le régime lacté absolu, l'albuminurie avait persisté dans la proportion de 30 à 50 cent. gr. par litre. Une 2e grossesse survient qui, malgré l'albuminurie persistante, se termine à terme par la naissance d'un enfant bien développé.

L'auteur rapporte la mort du premier enfant à l'ictère, qui lui paraît devoir être, dans le cas actuel, considéré comme un processus aigu, indépendant de l'albuminurie.

R. L.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 14 *mars* 1890.

Présentations : HOFMEIER. **Salpingite suppurée.** — La pièce provient d'une femme, âgée de 25 ans, entrée à l'hôpital, le 5e jour après le début d'accidents graves de péritonite généralisée. La mort survint au milieu de symptômes de parésie cardiaque. A l'autopsie, on ne trouva comme cause de la péritonite mortelle, qu'une salpingite suppurée de la trompe gauche, qui était sacciforme, remplie de pus, et dont l'orifice abdominal s'ouvrait largement dans le péritoine. Cette femme avait quelques mois auparavant éprouvé des douleurs abdominales qu'on avait dénommées « fièvre gastrique » ; il est probable qu'il s'agissait de phénomènes liés à la suppuration de la trompe. L'auteur insiste sur l'importance qu'il y a à dépister ces affections, et à intervenir à temps et par une opération énergique.

VEIT. **Kyste dermoïde de l'ovaire droit**, avec dégénérescence cancéreuse de la paroi. — A gauche, les annexes manquaient complètement. A leur place, mais sans connexion aucune avec les organes génitaux, existait un kyste dermoïde, très adhérent à l'épiploon (probablement kyste ovarique séparé par torsion du pédicule).

DUHRSSEN. — **Quelques nouveaux cas d'incisions profondes du col et d'incisions vagino-périnéales en obstétrique** (1).

1) ... Ipare, 28 ans, présentation du siège. Orifice vaginal si étroit qu'il était impossible d'introduire la main. Après qu'on eut pratiqué à droite une incision périnéo-vaginale la même manœuvre devint aisée. On put alors abaisser un pied et extraire un enfant qui vint en état d'asphyxie, mais qui fut ranimé. Durant les suites de couches, et sous l'influence de causes mécaniques, la suture primitive céda ; suture secondaire pratiquée le 8e jour, guérison.

2) ... 23 ans, Ipare. Éclampsie (9 accès), orifice externe ne permettant l'introduction que d'un doigt. Tête au détroit supérieur. 6 incisions cervicales prolongées jusqu'aux insertions du vagin. Abaissement de la tête dans le bassin. L'extrémité céphalique, saisie avec le forceps, est ensuite amenée facilement sur le plancher

(1) Travail communiqué à la séance du 27 février 1890.

pelvien et extraite, après une incision superficielle pratiquée sur l'orifice vulvaire.

3) ... 37 ans, Ipare ; bassin généralement rétréci, vagin extrêmement étroit et rigide. Tête au détroit supérieur, l'orifice externe forme un bourrelet de l'épaisseur du doigt, ralentissement des doubles battements fœtaux. 2 incisions cervicales, une à gauche, l'autre en arrière ; à droite incision périnéo-vaginale. Après prolongement répété de cette dernière, extraction assez aisée, au moyen du forceps, d'un enfant déjà asphyxié. Comme conséquence d'un processus de putréfaction, installé *in utero* déjà avant l'accouchement, fièvre de résorption durant les suites de couches ; légère paramétrite gauche, et apparition d'un phlegmon dans le tissu cellulaire sous-muqueux de la voûte du vagin, en relation étiologique avec une déchirure vaginale encore existante à ce niveau et une eschare périnéale, superficielle. Après suppuration et ouverture spontanée de l'abcès, et suture de la déchirure pratiquée le 20e jour, guérison définitive.

4) ... 38 ans, Ipare, tête profondément engagée, en position transversale. Affaiblissement des doubles battements fœtaux. Après une incision périnéo-vaginale, faite à droite, l'extraction de la tête avec le forceps, tentée antérieurement sans succès, fut réalisée aisément. Réunion de l'incision par première intention.

Dans le premier cas, l'accouchement eût été impossible si l'on n'avait pas fait d'incisions, l'enfant eût sûrement succombé. Le deuxième cas confirme cette opinion personnelle à l'auteur, qu'il est possible, à la faveur des incisions profondes du col, de terminer facilement un accouchement presque au début, condition essentielle quand il s'agit d'éclampsie ! Le troisième fait vient donner raison à cette autre thèse, également soutenue par Dührssen, que, dans le cas de bassin généralement rétréci, les difficultés de l'extraction à l'aide du forceps dépendent surtout de l'étroitesse et de la rigidité du vagin, conditions fâcheuses qui, d'après l'auteur, compliqueraient toujours la variété de sténose en question. Enfin, dans le quatrième cas, il est probable que le forceps, sans incisions préalables, eût produit des déchirures et des attritions graves des tissus maternels ; l'enfant aurait presque sûrement succombé.

Dans les quatre cas, mères et enfants ont été sauvés. Ces résultats démontrent que les craintes qu'on a émises au sujet de

la pratique de ces incisions ne sont pas fondées. L'hémorrhagie produite par les incisions du col est insignifiante; et celle qui peut résulter des incisions périnéo-vaginales est facilement arrêtée. Quant aux dangers d'une infection septique, il suffit d'une antisepsie rigoureuse pour les supprimer. Enfin, on peut prévenir le développement d'une infection secondaire, qui à défaut de précautions préventives pourrait, comme dans l'observation 3, succéder à un processus de putréfaction installé dans l'utérus, en pratiquant le tamponnement utéro-vaginal avec de la gaze iodoformée.

Discussion : Le travail de Dührssen a donné lieu à une longue et très intéressante discussion. D'une manière générale, les orateurs qui y ont pris part se sont formellement prononcés contre la pratique défendue par l'auteur. Néanmoins, Gusserow et Olshausen, tout en formulant de grandes réserves, ont reconnu qu'elle pouvait être très utilement appliquée dans certains cas. Dührssen a fait à ses contradicteurs une réponse d'ensemble et très vigoureuse, et, en particulier, il a déclaré qu'à son avis « *l'obstétrique est trop conservatrice* », qu'elle n'a pas encore mis suffisamment à profit les avantages de la méthode antiseptique, qui permet cependant d'élargir la thérapeutique obstétricale au grand bénéfice de la mère et de l'enfant. (Lire, dans le texte, cette discussion) (1).

R. L.

REVUE ANALYTIQUE

TUMEURS DE L'OVAIRE

Contribution à l'histoire du tératome de l'ovaire. (Zur Casuistik der Teratome des Ovarium.) KRAMER. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 1, p. 124.

Il n'a été publié que deux autres observations de tératome de l'ovaire (Marchand, Coats et Beatson). La tumeur qui a trait à l'observation actuelle fut enlevée par Olshausen sur une femme, nullipare, âgée de 20 ans. Réglée à 17 ans, sa menstruation était restée régulière jusqu'à peu de temps avant l'opération, et ne s'était

(1) *Cent. f. gyn.*, 1890, n° 6, p. 285.

pas montrée depuis 2 mois. A cette suppression de règles, s'ajoutaient de l'augmentation d'abord lente, puis rapide, du volume du ventre, des malaises divers, anorexie, douleurs gastriques, sacrées, de la dyspnée, etc. La laparotomie donna issue à environ 6 litres d'un liquide ascitique, séreux, clair, et permit d'extraire une tumeur, longuement pédiculée, de l'ovaire droit, du poids de 2,800 gr., du volume d'un utérus à 8 mois de grossesse, de consistance molle, à surface lisse, sur laquelle proéminaient quelques kystes fluctuants. Elle était entourée d'une capsule dure, fibreuse, en grande partie solide, et séparée par des cloisons fibreuses en des lobes inégaux. Microscopiquement, elle était composée d'éléments anatomiques divers : tissu connectif jeune, riche en éléments cellulaires, rappelant la structure du sarcome ; foyers disséminés, formés par du tissu cartilagineux jeune ; tissu osseux, graisse, fibres musculaires lisses. Il ne fut pas trouvé de nerfs ni des muscles striés.

6 semaines après l'opération, on pouvait déjà constater dans le petit bassin la présence d'une tumeur, de la grosseur d'un œuf. D'autre part, l'ascite se reforma très rapidement, au point que la ponction dut être renouvelée environ tous les 20 jours. Il fut, en totalité, retiré près de 70 litres de liquide, tantôt limpide, tantôt sanguinolent. *Mort*, 11 mois après l'intervention.

Au point de vue de son origine, le tératome mérite d'être rangé parmi les tumeurs dermoïdes, et, sous le rapport de son évolution clinique, parmi les néoplasmes les plus malins.

R. L.

Kystes dermoïdes de l'ovaire, par THIBAUDET. *Journal des sciences médicales*. Lille, janvier 1890, p. 36.

L'auteur attire l'attention sur les trois points suivants : 1° la structure complexe des deux kystes ; 2° la fréquence de la suppuration ; 3° la difficulté du diagnostic qui ne peut se faire que si, par une ouverture spontanée ou chirurgicale, des productions épidermiques (poils, dents, matière sébacée) viennent à être évacués.

MAUCLAIRE.

Endothéliome kystique myxomateux de l'ovaire. (Endothelioma cysticum myxomatodes ovarii.) DESIDERIUS V. VELITZ. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 1, p. 106.

Cette pièce pathologique, rare, provient d'une femme âgé de 24 ans, qui en rapportait le début à 9 années auparavant. En raison des

accidents graves, de l'impotence presque complète qu'elle avait occasionnés, la laparotomie fut pratiquée et l'on put avec beaucoup de peine extraire une tumeur, plus grosse qu'une tête d'adulte, et qui avait contracté des adhérences étendues avec la paroi abdominale et avec les organes voisins. La femme succomba 1 heure 1/2 après l'opération. La tumeur était pourvue d'une capsule, ayant l'aspect d'une membrane séreuse, et qui envoyait dans l'intérieur de la masse morbide de nombreuses cloisons délimitant des lobes inégaux. Elle présentait, dans sa plus grande portion, une coloration gris blanchâtre. De consistance molle, elle se laissait facilement dilacérer. A la coupe, elle offrait un aspect alvéolaire, rappelant celui d'une ruche ou d'une fine éponge, avec seulement quelques cavités plus grandes, variant du volume d'une noix à celui du poing d'un enfant. Les espaces innombrables, sphériques, longitudinaux, du volume d'un grain de millet à celui d'une tête d'épingle, étaient réunis par un tissu muqueux, homogène, transparent. D'un certain nombre de ces espaces s'écoulaient un liquide un peu trouble, analogue au sérum. D'autres espaces contenaient des masses de détritus, une substance jaunâtre, melliforme, transparente, etc. La tumeur développée aux dépens de l'ovaire gauche adhérait fortement à la corne gauche et à la face postérieure de l'utérus, dont on put toutefois la séparer avec effort. L'auteur donne ensuite une description minutieuse de sa structure anatomique et conclut, quant à son origine, comme il suit : « Les faisceaux de cellules, massifs ou creux, disséminés entre les kystes, et s'abouchant à maintes reprises avec eux, permettent de se prononcer sur l'origine de cette tumeur. L'épaisseur inégale des faisceaux cellulaires, leurs dilatations, leur disposition moniliforme, le tissu réticulé produit de ramifications multiples, la dilatation fungiforme des bourgeons latéraux, leur transformation directe en kystes, ce sont là autant de circonstances, qui indiquent que, *très vraisemblablement, tous les éléments constitutifs du néoplasme dérivent des vaisseaux lymphatiques, et spécialement de l'endothélium de ces vaisseaux.*

R. L.

Endothéliome de l'ovaire. (Endothelioma ovarii.) Pomorski. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890. Bd XVIII, Hft I, p. 92.

Il s'agit de tumeurs encore mal connues et confondues jadis avec des néoplasmes d'origine différente par la raison qu'elles présen-

tent avec ceux-ci quelques analogies de structure. Précisément, l'observation qui a donné lieu à ce travail fut l'occasion d'une confusion de ce genre. La pièce pathologique fut en effet présentée à la Société de gynécologie de Berlin, sous l'étiquette : kyste dermoïde de l'ovaire droit, siège d'une dégénérescence cancéreuse, et ce n'est qu'à un examen ultérieur, qu'on reconnut le véritable point de départ des altérations anatomiques qui avaient fait croire à la dégénérescence maligne. Les tumeurs que l'auteur a en vue, se développent aux dépens soit des vaisseaux et des espaces lymphatiques, soit des vaisseaux sanguins, plus spécialement aux dépens des éléments endothéliaux de ces tissus, et on les a désignées sous des noms divers, angio-sarcomes (Kolaczek), lymphangiomes kystomateux (Léopold), endothéliomes.

B..., 47 ans, menstruée à 16 ans, toujours régulièrement, ménopause vers 45 ans. Depuis plusieurs mois, violentes douleurs dans le ventre, à droite. Atteinte profonde de la santé générale, fièvre, amaigrissement, perte des forces. Utérus fortement repoussé à gauche par une tumeur grosse comme une tête de fœtus, rénitente, peu mobile, mais très isolable de l'utérus, et présentant à droite, sur sa face externe, quelques bosselures. *Laparotomie* et extraction de la tumeur qui avait contracté avec l'épiploon et les anses intestinales de nombreuses adhérences. Au cours du décollement, la tumeur et l'intestin se déchirèrent en un point. De la tumeur, il s'écoula une masse jaunâtre, très fétide, se coagulant par le refroidissement. On constata qu'au niveau des points où elle était adhérente à l'intestin, la paroi du néoplasme avait subi une dégénérescence maligne. La tumeur présentait une grande cavité qui contenait une masse épaisse de cheveux, d'éléments épithéliaux, et de cristaux de cholestérine, d'où le diagnostic : K. dermoïde, avec transformation cancéreuse de certaines régions de la paroi. Mais, au second examen, fait assez longtemps après sur des pièces durcies, on constate que si elles présentaient une association d'éléments épithéliaux et de tissu connectif comme dans le carcinome, la disposition anatomique n'était pas absolument semblable ; que, par exemple, les alvéoles n'étaient pas aussi nettement séparés du tissu conjonctif que dans cette dernière affection. D'autre part, à la limite des alvéoles se trouvaient des cellules géantes et des cellules fusiformes en contact tellement immédiat avec le tissu connectif ambiant, que les éléments cellulaires paraissaient

en dériver. Enfin, d'autres coupes permirent de reconnaître que toutes ces altérations étaient l'aboutissant d'une *prolifération inflammatoire, diffuse des éléments endothéliaux des espaces lymphatiques du tissu connectif*, dont l'auteur donne une description complète.

R. L.

Remarques sur l'origine des kystes de l'ovaire. (Some observations on the origin of ovarian cysts.) HENEAGE GIBBES. *Boston med. and surg. Journ.*, 30 janv. 1890, vol. CXXII, p. 103.

Ces remarques sont basées sur quinze kystes de l'ovaire enlevés par la laparotomie et sur deux kystes trouvés chez une lapine et chez une chatte. Les modifications pathologiques constatées dans ces organes peuvent se ramener à trois types : développement à forme kystique d'éléments préexistants ; dégénérescence du tissu ovarique ; simple distension des vésicules de de Graaf.

P. NOGUÈS.

Du mécanisme normal et anormal des tumeurs ovariques en voie d'accroissement. (Der gewohnliche und ungewohnliche Wanderungmechanismus wachsender Eierstockgeschwülste.) FREUND. *Samml. Klin. Vorträg.*, 1890. N° 361/62, p. 2621.

L'étude de ce qui a été écrit sur la question montre que les divers phénomènes qui caractérisent le passage des tumeurs ovariques du petit bassin dans la cavité abdominale ont été étudiés d'une manière incomplète, qu'il existe de grandes divergences dans la manière de voir des auteurs, et que ce déplacement ne serait pas soumis à des règles bien déterminées.

En réalité, ce déplacement se fait, les conditions étant normales, suivant un mécanisme toujours le même, tout à fait comparable à celui qui préside au passage de l'utérus gravide, du petit bassin dans le grand bassin, dans la cavité abdominale. On sait, qu'au début, durant les premiers mois, l'utérus gravide, plus gros, s'abaisse, sous l'influence de la pesanteur, dans le petit bassin où il continue à croître. Mais, vers le 4e mois, il éprouve de la résistance du côté du bassin, du côté des parois pelviennes, et l'œuf est obligé de se développer vers la paroi antérieure. Aussi, à un moment donné, le centre de gravité, qui se déplace de plus en plus vers cette paroi antérieure, finit par entraîner la masse de l'organe, lequel quitte alors le petit bassin et se porte vers la paroi abdomi-

nale antérieure. Toutefois, à cette action de la pesanteur, se surajoutent, dans le cas d'utérus gravide, l'action des ligaments ronds hypertrophiés, et l'effort réactionnel de la sangle périnéale, musculaire et élastique. Mais, ces deux derniers facteurs n'interviennent pas dans le déplacement des tumeurs ovariques.

Freund reconnaît à ce déplacement deux périodes. Dans la 1re, l'ovaire, augmenté de volume, s'abaisse dans le cul-de sac de Douglas, qui représente le point de plus petite résistance ; en raison de sa situation normale, il ne peut pas se diriger ailleurs. Il se place alors en arrière et sur les côtés de l'utérus, conséquemment suivant un des diamètres obliques du bassin. L'utérus se trouve simultanément déjeté vers le côté opposé à la tumeur, mais il n'est ni élevé, ni rapproché de la paroi pelvienne antérieure d'une manière notable. Le pédicule s'insère à la face antérieure de la tumeur, la trompe la parcourt à peu près transversalement, sa portion ampullaire ainsi que le repli péritonéal correspondant reposent sur elle, tandis que sa portion frangée contourne la convexité latérale de l'ovaire. La vessie, d'une manière générale, a conservé sa forme. Néanmoins, son angle cervical est entraîné du même côté que la matrice, son angle postérieur, est effacé du côté affecté, conservé au contraire du côté sain. Il existe, à ce moment, des troubles vésicaux assez accusés (besoins fréquents d'uriner, mictions difficiles).

Deuxième période. — La tumeur, continuant à se développer, et arrêtée du côté des parois pelviennes et du côté du plancher pelvien doit, comme l'utérus au 4e mois, se développer vers la cavité abdominale. Et, lorsque sa portion supérieure l'emporte en poids, elle se déplace vers la paroi antérieure de l'abdomen, qui proémine en avant. Mais, ce changement brusque de situation (beaucoup de femmes notent le moment précis où il se produit) d'une masse sphérique ou ovalaire s'accompagne toujours, les conditions étant normales, d'un certain degré de rotation. Celle-ci se traduit par une torsion, d'un tour de spire seulement au début, qui siège, dans la majorité des cas, un peu au-dessus du milieu du pédicule. Elle est tantôt dirigée de dehors en dedans, tantôt de dedans en dehors. Le ligament de l'ovaire, et une partie du ligament large, qui concourt à la formation du pédicule, sont toujours tordus. La torsion de la trompe n'est pas aussi constante, on la rencontre plus particulièrement quand la grosse portion de l'organe est étirée sur

la tumeur. Quant au ligament rond, qui n'entre que rarement dans la constitution du pédicule, il ne présente de torsion que dans quelques cas. On en a cité un certain nombre d'exemples.

Ainsi, quand les conditions sont normales, le passage de la tumeur du petit bassin dans la cavité pelvienne s'accompagne d'une certaine torsion du pédicule. C'est là un phénomène qui marque une étape, spéciale, dans l'évolution des tumeurs ovariques. Car, cette torsion est définitive; pour la défaire, la tumeur devrait reprendre sa place dans l'espace de Douglas, ce qui est impossible. D'autre part, le phénomène a pour premier effet de diminuer la vitalité du pédicule qui, dès lors, offre moins de résistance aux causes diverses qui agissent de façon à produire de nouvelles torsions. Celles-ci n'ont pas de relation étiologique avec le mécanisme dont il est ici question; elles dépendent de causes multiples et fortuites, et ne sont pas définitives comme la première.

L'absence complète de torsion du pédicule dans la deuxième période constitue un fait exceptionnel.

Durant cette période les rapports de la tumeur et des organes pelviens se modifient d'une façon si constante, que l'on peut formuler la proposition suivante : les organes pelviens obéissent à un mécanisme spécial de déplacement; ce déplacement ferait-il défaut, celui de la tumeur ovarique serait troublé, anormal. Le phénomène capital de ce stade, c'est le rapport nouveau de situation de l'utérus à la tumeur : situé jusqu'alors en avant d'elle il se trouve placé en arrière; la plupart du temps, il s'agit d'une rétroposition en masse de l'organe. Quant au pédicule, il aboutit maintenant à la face postérieure de la tumeur, tandis que la trompe correspond en grande partie, mais sans lui être étroitement accolée, à sa surface inférieure et postérieure; ses franges se prolongent sur son bord supéro-latéral. Le ligament ovarique, et la portion du ligament large, compris dans le pédicule, sont tordus et également situés en arrière de la tumeur. Enfin, le ligament infundibulo-pelvien a subi une distension telle qu'ayant perdu ses connexions primitives, il se trouve transformé en un ligament ovarico-pelvien.

Tels sont les points principaux du mécanisme que Freund a longuement étudiés. Il passe ensuite en revue les effets des changements survenus dans la position et le développement des tumeurs ovariques, sur les organes pelviens et abdominaux (vessie, rectum,

S. iliaque, cæcum, côlon, épiploon, mésentère, rate, diaphragme, etc.) Il indique aussi les conditions diverses qui agissent de façon à troubler le mécanisme normal du déplacement des tumeurs ovariques (ovaires fixés par des adhérences déjà avant de devenir le siège de tumeurs ; disposition anormale du cul-de-sac de Douglas en rapport souvent avec un développement imparfait de l'individu ; tumeurs intra-ligamentaires ; pédicules très courts, très résistants ; fixation irréductible de l'utérus par des adhérences, etc.), mais, il nous est impossible, faute d'espace, d'analyser plus longuement ce travail très intéressant, auquel est annexé un tableau justificatif, contenant le résumé de 200 cas de tumeurs ovariques.

R. L.

Complications des kystes de l'ovaire. (Complications occuring in the clinical history of ovarian cysts.) RICHARD DOUGLAS. *New-York med. and surg. Journ.*, 21 décembre 1889, vol. L, p. 685.

Ces complications sont divisées en deux catégories : dans la première rentrent les complications portant sur la tumeur elle-même : *adhérences* fréquentes surtout dans les kystes dermoïdes ; *torsion du pédicule ; calcification* et *rupture du sac* qui résulte de la distension exagérée, de la suppuration ou de productions papillomateuses dans l'intérieur de la tumeur.

Dans la deuxième catégorie l'auteur place les accidents causés par la présence de la tumeur : *albuminurie* due à la compression et qui a de grandes analogies avec l'albuminurie de la grossesse ; *ascite* qui est une complication rare des kystes de l'ovaire et qui en dehors des causes médicales doit toujours faire craindre une tumeur maligne.

P. NOGUÈS

Énormes kystes ovariques. Arrêt du cœur. Opération en deux séances. Histoire de quatre cas. (*Enormous ovarian cysts ; a theory of Heart failure ; a plea for a double operation brief histories of four cases*), par G. L. ABBOTT (de New-York). *Am. J. of obst.*, avril 1890, p. 364.

La première tumeur pesait 91 livres ; l'opérée succomba. L'auteur croit qu'il aurait fallu faire d'abord l'opération, puis enlever le reste de la tumeur.

La deuxième tumeur pesait 78 livres.

La quatrième, 132 livres.

L'abdomen de la troisième malade mesurait 142 cent. Ces trois opérées sont guéries.

Abbott croit que l'arrêt du cœur est dû, moins à la suppression brusque de la *pression péricardique*, qu'à celle de la *tension endocardique*. C'est pour cela qu'il propose de faire d'abord l'opération puis, plus tard, l'ablation de la tumeur.

A. C.

Deux ovariotomies incomplètes. (Two incomplete ovariotomies). JOHN BUCHANAN, in *the American Lancet* août 1889, p. 290.

A propos de deux ovariotomies incomplètes qu'il a pratiquées pour kystes volumineux et à développement très rapide, l'auteur se demande si l'ablation totale de la poche n'est pas toujours possible. Bien que la mortalité de telles interventions partielles soit de 50 0/0, et malgré les affirmations de Lawson Tait, Olshausen, Howard, A. Kelly, il reste d'avis que, dans certains cas, une déchirure de l'intestin de la vessie ou des vaisseaux iliaques est toujours à craindre et que la malade se trouvera mieux d'une ovariotomie incomplète.

P. NOGUÈS.

Du traitement des tumeurs malignes de l'ovaire. (Ueber die Behandlung bösartiger Eierstocksgeschwülste). FREUND. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890. Bd XVII, Hft 1, p. 141.

Jadis, le diagnostic d'une tumeur maligne de l'ovaire impliquait, d'une manière absolue, la non intervention. Plus tard, on a, il est vrai, reconnu que l'intervention était justifiée, quand le néoplasme reste localisé à un ovaire. Mais, dès que le néoplasme a envahi d'autres organes, tous les opérateurs, même les plus heureux, sont d'avis qu'il ne faut pas opérer. La déclaration suivante, faite par Olshausen, exprime bien l'opinion générale, actuelle : « quand il existe des métastases nombreuses sur le péritoine ou l'épiploon, ou même sur l'intestin, nul ne songera à préconiser l'extirpation, ne serait-ce que de la tumeur ovarique. Je ne me hasarderai pas davantage à tenter cette extirpation, si je découvrais des foyers métastatiques sur la vessie et sur l'intestin, condition qui nécessiterait la résection des deux organes creux ». Or, un certain nombre de faits, recueillis à la clinique gynécologique de Strasbourg, conduisent à des considérations théoriques et à des résultats pratiques tout à fait différents.

[illegible] *des tumeurs malignes.* — Sur 166 tumeurs ovari-[illegible] opérées, il a été constaté à la clinique de Strasbourg, 36 tumeurs malignes, 21.6 0/0, et si l'on fait abstraction des papillomes 12,1 0/0.

Dans 17 de ces cas il s'agissait de tumeurs cantonées dans l'ovaire et se décomposant ainsi : 11 papillomes (dont 6 siégeant des 2 côtés), 4 carcinomes (1 bilatéral) et 1 sarcome. L'observation relative à cette dernière tumeur est particulièrement intéressante. Il s'agissait d'une tumeur polykystique de l'ovaire droit, à végétations sarcomateuses. La femme avait été opérée à l'âge de 19 ans, depuis l'opération, elle s'est mariée et sa santé est restée parfaite, d'où la conclusion diamétralement opposée au principe de non-intervention posé par Braun, *il faut extirper les sarcomes, toutes les fois que l'extirpation est possible.* Dans un autre cas, on constata, à un examen ultérieur, au centre d'un kyste de l'ovaire, au premier aspect de bonne nature, un noyau carcinomateux. De tels faits, expliquent l'apparition de tumeurs cancéreuses, après l'extirpation de tumeurs qu'un examen incomplet avait fait considérer comme de nature bénigne.

Dans d'autres cas, on avait affaire à des tumeurs ovariques, généralisées (5 sarcomes, 1 mélano-sarcome, 2 papillomes), il fallut limiter l'intervention à l'incision exploratrice suivie d'une toilette rigoureuse du péritoine. Une seule malade, opérée en pleine péritonite, succomba. La plupart des autres retirèrent un grand bénéfice de l'intervention, quoique partielle.

[illegible] arrive ensuite à la partie capitale de son travail, et qui [illegible] le « *traitement des tumeurs malignes de l'ovaire* [illegible] ». Elle est basée sur 12 observations, qui sont relatées [illegible] réparties en 3 groupes : a) Cas de tumeurs ovariques, [illegible] avec métastases circonscrites, rares (3) ; b) cas de tumeurs [illegible], malignes avec métastases circonscrites, nombreu-[illegible] carcinomes généralisés (5). Voici, comme exemple, une [illegible] observations.

[illegible] à l'hôpital, à cause d'une ascite abdominale abondante. Le [illegible] paraît remonter à 14 mois. Depuis, 4 ponctions ont été faites [illegible] la reproduction du liquide ; en plus, des hémorrhagies [illegible] a une figure fatiguée, vieillie, elle est très amaigrie, [illegible] membres inférieurs, une ascite abondante (circonfé-[illegible] cent.), une albuminurie légère, et de l'hydrothorax.

Dans le retournement herniaire ombilical, on sent plusieurs nodosités. Prolapsus complet du vagin et du col. Dans le ventre, plusieurs noyaux durs. *Laparotomie*. Après évacuation du liquide ascitique, on constate que le péritoine, pariétal et viscéral, est semé de nodules cancéreux grisâtres, et de nodosités plus volumineuses : pas d'espaces indemnes de végétations cancéreuses. L'utérus, assez gros, mou, est situé sur la ligne médiane, en antéversion, et le siège de nombreux foyers métastatiques. L'ovaire gauche, en partie kystique, est transformé en un carcinome, mou, exubérant, et intra-ligamentaire. Sur sa face supérieure est greffé un cancer secondaire, qui s'étend jusqu'à la région épigastrique. L'ovaire droit est le siège d'un cancer de la grosseur du poing d'un adulte ; son pédicule, court, épais est lié et la tumeur, non adhérente, enlevée. A gauche, on lie la trompe, à peu près isolable, le ligament rond et les vaisseaux spermatiques, reconnaissables à leurs faiceaux, siège de forts battements. Puis, après incision du mésentère, de l'S iliaque et du rectum, dans lequel la tumeur s'est développée, on fait l'énucléation de celle-ci. Hémorrhagie insignifiante. Suture des parois du sac, au moyen de la suture de Lembert, et application à demeure d'un drain aboutissant à la plaie abdominale. Toilette, dessiccation minutieuse du péritoine ; mais, comme la plaie sécrète d'une manière continue, application d'un tube de verre dans le cul-de-sac de Douglas. Ce tube, qui donne issue à une grande quantité de liquide, est enlevé le 3e jour, le drain le 6e. A partir du 6e jour, suites opératoires apyrétiques. Amélioration extrêmement rapide, disparition complète de l'hydrothorax dès le huitième jour, réunion par première intention de la plaie abdominale. L'opérée peut quitter le lit le 17e jour ; elle se sentait très bien. *Amélioration qui se maintint pendant* 8 *mois*, au point qu'elle put reprendre ses occupations habituelles, pénibles. A 8 mois, réapparition de l'œdème des membres inférieurs et de l'ascite ; mort 11 mois après l'intervention.

Diagnostic. — Dans 10 cas sur 12, il existait de l'*hydrothorax*. L'absence de fièvre, les caractères du liquide obtenu par ponction, son identité avec le liquide ascitique, sa disparition rapide après l'évacuation du liquide de l'abdomen démontrent qu'il ne s'agit pas d'un épanchement consécutif à une pleurésie. D'autre part, sa non reproduction prouve qu'il n'est pas le fait d'une affection grave de la plèvre. Il est le résultat de la transsudation, à travers les vaisseaux lymphatiques diaphragmatiques du liquide abdominal. L'hydrothorax n'est pas un symptôme précoce. A noter également la présence, assez fréquente, de nodosités cancéreuses au niveau de l'ombilic, 3 fois sur 12. Quant à la menstruation, elle ne fournit aucun renseignement utile.

Métastases. — Une distinction importante à faire. Il est des métastases réelles, caractérisées par une infiltration remarquable

des tissus voisins par de petites cellules; il y a là des conditions de végétation si favorables, qu'en raison de leur volume, les productions secondaires peuvent en imposer pour le foyer primitif. La propagation peut se faire soit par contiguïté de tissus, soit par les voies vasculaires, vaisseaux lymphatiques. Mais, il est d'autres tumeurs secondaires, qui ont pour point de départ le détachement de fragments de la masse cancéreuse, leur chute dans les points les plus déclives du péritoine, entre les replis vésico-utérins, dans le cul-de-sac de Douglas, où ils s'implantent. Ces fragments contractent des connexions, de nature fibreuse, tellement intimes avec les tissus voisins qu'il est impossible de les extirper totalement; de plus, les tentatives d'extraction ne déterminent pas d'hémorrhagie, ce qui les distingue des vrais foyers hémostatiques, si friables, si prompts à donner du sang. Ces connexions fibreuses semblent constituer une barrière infranchissable à la propagation du processus cancéreux, d'où cette déduction pratique : *si nombreuses que soient les tumeurs secondaires constatées dans les espaces rétro et anté-utérin, elles ne constituent, en aucun cas, une contre-indication à une opération radicale.*

En résumé, encouragé par les heureux résultats qu'il a obtenus dans des cas considérés autrefois comme de véritables *noli me tangere*, Freund affirme que le domaine de l'ovariotomie doit s'élargir, qu'elle est applicable même aux cancers généralisés. Mais il fait remarquer qu'il faut savoir accepter toutes les conséquences de cette nouvelle manière de voir, posséder toutes les ressources de la chirurgie, savoir renoncer aux opérations trop rapides, et disposer d'un personnel spécialement dressé aux difficultés de ces interventions.

R. L.

50 ovariotomies (Bericht über 50 Ovariotomien), par H. OMORI et I. KEDA, du Japon, in *Berl. Klin. Woch.*, 17 fév. 1890, n° 71, p. 149.

Statistique de 50 ovariotomies avec une seule mort. De ces 50 kystes 16 étaient dermoïdes, soit 32 p. 0/0; 6 fois il y avait grossesse concomitante et, dans 4 cas, la grossesse continua jusqu'à terme malgré l'opération.

100 ovariotomies à la clinique des femmes de Kœnigsberg (100 ovariotomien aus der Königsberg Frauenklink), DOHRN, 1890. *Cent. f. gyn.*, n° 9, p. 137.

Ces 100 opérations ont été faites sous le couvert de précautions antiseptique rigoureuses. *Résultats* : 94 succès ; 4 morts. Causes de la mort : 1) iléus, survenu le 13e jour après l'intervention, accidents tellement rapides qu'on ne put procéder à la réouverture du ventre. A la nécropsie, on constata que l'intestin grêle était étranglé par une bride conjonctive qui s'étendait du mésentère à l'épiploon ; 2) œdème pulmonaire, apparu le 3e jour après l'opération. Antérieurement, la femme avait présenté des accidents broncho-pulmonaires localisés aux sommets ; 3) femme, de 63 ans, atteinte de thrombose des veines de la jambe gauche ; elle succomba à un phlegmon étendu de la cuisse gauche ; 4) mort au 5e jour d'une infection septique.

Nature de l'affection : Des kystes opérés, 47 avaient leur point de départ dans l'ovaire gauche, 43 dans l'ovaire droit. 6 fois il s'agissait de kystes dermoïdes, 2 fois de kystes para-ovariques.

L'*âge* des opérées oscillait de 14 à 63 ans. La plus jeune, 14 ans, en même temps qu'un kyste ovarique, avait de la tuberculose de l'ovaire. De plus, le péritoine était, sur une grande étendue, semé de granulations tuberculeuses.

La guérison pourtant eut lieu de la façon la plus régulière, et elle se maintient depuis 5 ans 1/2 ; 4 des opérées étaient *enceintes* de 2 à 4 mois au moment de l'opération. Dans aucun de ces cas, la grossesse ne fut troublée du fait de l'intervention.

R. L.

Des rapports des kystes de l'ovaire avec les fonctions génitales. (Dei cistomi ovarici in rapporto con le funzioni generative), par L. Acconci. *Annali di ostet. e ginecologia.* Milano, février 1890, 109.

L'auteur étudie d'abord les rapports des kystes de l'ovaire avec la menstruation et l'ovulation. Quant à la grossesse elle agit sur les kystes comme sur les fibromes et les carcinomes utérins, elle augmente leur volume. Quant à la transformation des kystes en tumeur maligne par le fait de la grossesse, cette hypothèse de Wernich est bien douteuse pour Acconci. Parmi les complications il note la péritonite partielle, l'hémorrhagie dans le kyste, la suppuration, la rupture du kyste et la torsion de son pédicule.

Dans le cours de l'accouchement assez souvent il se rompt ; exceptionnellement on le voit s'engager dans la cavité pelvienne avant le fœtus, d'où la nécessité d'une intervention opératoire. De

même, quand dans le cours de la grossesse ces kystes donnent lieu à des accidents graves l'auteur, est d'avis de faire, sans hésiter, l'ovariotomie; la ponction du kyste ou l'interruption de la grossesse sont des méthodes insuffisantes.

Au moment de l'accouchement, si le kyste s'engage avant le fœtus, on peut tenter la réduction de la tumeur avec la main introduite dans le vagin ou dans le rectum, si cette réduction ne réussit pas l'auteur est d'avis de faire l'incision du kyste s'il est petit, l'opération césarienne s'il est volumineux.

P. MAUCLAIRE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Chris-Martin. Notes on some recent cases in Mr Lawson Tait's Clinique. *The Provincial Medical Journal.* Leicester, 1er mai 1890, vol. IX, p. 272. **Auvergniot.** *De la mono-arthrite blennorrhagique chez la femme. Th.* *Paris*, 1889-90, n° 138. — **Poirier.** Lymphatiques des organes génitaux de la femme. *Progrès méd.* Paris, 1889, 491, 509, 527, 568, 590; 1890, XI, 41, 65. — **Lewers.** *A practical textbook of the diseases of women.* Lond., 1890. — **Odebrecht.** Ueber Neurosen in Gefolge von gynäkologischen Erkrankungen. *Beit. z. Geburt. u. Gynäk.*, Stutg., 1889, 87. — **Barrow.** How the refinements of abdominal surgery have influenced general surgery. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gynec.* Phila., 1889.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Horatio R. Bigelow.** Gynecological electro-therapeutics. *Medical News.* Philadelphia, 10 mai 1890, t. LVI, p. 499. — The pessary of the future. *New-York Med. Journal*, 5 avril 1890, vol. LI, p. 381. — **A. Raciborski.** On emmenagogues. *Medical Age.* Detroit, Michigan, 25 mars 1890, vol. VIII, p. 125. — **Larauza.** Du traitement des maladies chroniques de l'organe utérin par les eaux et boues de Dax. *Mém. et bull. Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, 1889, 130. — **J. M. Baldy.** Electricity in chronic pelvic inflammatory diseases. *Medical News.* Philadelphia, 22 mars 1890, t. LVI, p. 302. — A new uterine stem. *The North American practitioner.* Chicago, fév. 1890, t. II, p. 94. — **Freund** Ueber die Anwendung des ichthyols bei Frauenkrankheiten. *Berl. Klin. Wchschr.*, 1890, XXVII, 249. — **Ziegenspeck.** Ueber Thure-Brandt's Verfahren der Behandlung von Frauenleiden. *Samml. Klin. Vort.* Leipz., 1890, n° 353-4. — **Arendt.** Die Behandlung der Frauenkrankheiten nach Thure Brandt. *Berl. Klin. Wchnschr.*, 1890, XXVII, 11, 31, 57. — **Mendes de Leon.** — Over de toepassing der electricitat in de gynæcologie. *Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynec.* Haarlem, 1889, I, 219. **Lefour.** Nouvelle sonde pour les lavages intra-utérins. *Mém. et bull*

Soc. de méc. et de chir. de Bordeaux, 1889, 166. — **Delabastaille.** Ein zweitheiliges Röhrenspeculum. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 18, p. 324. — **Nagel.** Einige Beobachtungen über die Elecktrotherapie in der Gynäkologie nebst Bemerkung über die Behandlung der behinderten Menstruation und Conception mittels Sondirung. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVIII, Hft 1, p. 81. — **Auvard.** De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique. *Arch. de Toc.*, 1890, n° 5, p. 275. — **Heywood Smitz.** The tilted bed in gynæcology. *Prov. Med. Journ.* Leicester, 1890, p. 214.

VULVE ET VAGIN. — **Coen.** Adenoma della glandula del Bartolino. *Bull. d. sc. med. di Bologna*, 1889, XXIV, 398. — **Defay.** Tuberkulosa vaginy. *Sborn. lék.* (V, Praze, 1889, III, 29). — **Pascale.** Atresia della vagina. *Riforma med.* Napoli, 1890, VI, 2, 8. — **Küstner.** Beitrag zur Therapie der Narbenstenosen der Vagina. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 2, p. 145. — **Blagovestchensky.** Extirpation de la paroi postérieure du vagin et du cul-de-sac postérieur dans un cas de carcinome mixte. *Gaz. méd. de Par.*, 1890, VII, 97. — **Neumann.** Zur Kenntniss der klinischen und histologischen Veranderung bei Erkrankungen der Vaginalschleimhaut. *Verhandl. d. deutsch. dermat. Gesellsch.* Wien, 1889, I, 127. — **Starkey.** Complete laceration of the Vagina. *Med. et Surg. Reporter*, Phila., 1890, LXII, 343. — **Dennetieres.** Cancer primitif de la cloison recto-vaginale. *J. d. sc. méd. Lille*, 21 mars 1890, 278. — **Chevrier.** *Contribution à l'étude du traitement des fistules recto-vaginales.* Th. *Paris*, 1890, p. 153.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE, ETC. — **Coelho.** A cura do cystocelo vaginal pela elytrorraphia. *Med. contemp.*, Lisb., 1890, VIII, 9. — **Reeves Jackson.** A further contribution to the use of the intra-uterine stem in the treatment of flexions. *The North American practitioner.* Chicago, mars 1890, t. II, p. 119. — **Candia.** Sulla cura radicale operativa del prolasso Totale della vagina e dell' utero *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, 1890, 265. — **Faivre (P.).** *Contribution à l'étude du prolapsus de l'utérus gravide.* Th. *Paris*, 1889-90, p. 215. — **Doléris.** Pathogénie et traitement des déviations utérines. *Nouv. arch. d'obst et de gyn.*, 1890, n° 4, p. 177, 257. — **Kellogg.** New observations concerning the functions of the round ligaments. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gyn.* Phila., II, 266. — **Klein.** Vier Ventrofixationen des Utérus. *München med. Wchschr.*, 1890, XXXVII, 171. — **Guttierez.** Retroversion del utéro gravido, corregida por la posicion genu-pectoral. *An. de obst., ginecop. y pediat.* Madrid, 1890, X, 5. — **Enastrom.** Ventrofixation d'un utérus prolabé. *Finska läksällsk* handl., Helsingfors, 1890, XXXII, 172. — **Heydenreich.** De l'hystéropexie. *Sem. méd.* Par., 1890, X, 82. — **Eschert.** 120 *Kolporaphien aus der Gynäkologischen Universitäts-Klinik zu Königsberg.* Königsberg, 1889. — **Valenta.** Congenital malposition of the uterus producing sterility. *Med. Press. and Circ.* Lond., 1890, XLIX, 245. — **Babacci.** *Sullo svotamento del collo uterino. Nuovo processo per ottenere il raddrizzamento in alcune flessioni uterine irriducibli.* Pausula, 1889. — **Carpenter.** Alexander's operation, with a new method for securing the round ligaments. *J. Am. M. Ass.* Chicago, 1890, XIV, 308. — **Assaky.** Despre hysteropexia in prolapsul uterin. *Clinica.* Bucuresci, 1890, I, 1. — **Jackson.** A further contribution to the use of intra-uterine stem in the treatment of flexions; with a description of a new instrument. *N. Am. Pract.*, Chicago, 1890, II, 119. — **Bening-**

ton. A hystero-psychosis ; a case of retroversion ; insanity, replacement ; cure. *Brit. gynæc.*, *J.* Lond , 1889-90, V, 468. — **Vulliet**. De la laparo-hysterorrhaphie ou hystéropexie. *Rev. obstét. et gynéc.* Par., 1890, 9. — **Munde**. The beste operation for cystocele and rectocele. *Am. J. of Obst.*, N. Y. 1890, XXIII, 268.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC.. — **Mc Ardle**. A case of metremphysema. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gynec.*, Phila., 1889, II, 227. — **Gahagan**. A case of pyometra. *Virginia M. Month.*, Richmond, 1889-90, XVI, 976. — **Terrillon**. Des ulcérations du col de l'utérus. *Rev. obstét. et gyn.* Par., 1890, VI, 5. — **Stevens**. A hairpin in utero. *Obst. Gaz.* Cincin., 1890, XIII. 130. — **Terrillon**. Curettage de la muqueuse intra-utérine. *Bull. gén. de thérap.*, *etc.* Par., 1890, CXVIII, 251. — **Tripier**. Sur quelques points de thérapeutique intra-utérine. *Bull. gén. de thérap.* Par., 258. — **Shrader**. Die intra-uterinen Aetzungen bei Endometritis. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 15, p. 257. — **Martin**. The treatment of membranous dysmenorrhæa. *Medical News*. Philadelphia, 3 mai 1890, vol. LVI, p. 471. — **Arthur W. Edis**. On the diagnosis and treatment of metrorrhagia. *British Medical Journal*. London, 7 juin 1890, nº 1536, p. 1298. — **Stahl**. Beitrag zur supravaginalem Amputation des puerperalen septischen Uterus. *Beit. z. Geb. u. Gyn.* Stuttg. 1889, 34. — **Picque**. Des opérations applicables au traitement de l'endométrite chronique. *Rev. génér. de clin. et de thérap.* Par., 1890, IV, 113. — **Kessler**. Bemerkenswerthe Befunde in einem Myxadenoma cysticum der vorderen Muttermundslippe. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVIII, Hft 1. p. 146. — **Engel**. Die Hypertrophie der Portio vaginalis und deren Behandlung. *Pest. med. chir. Presse*, Budapest, 1890, XXVI, 121. — **Herzfeld**. Ein Fall von Uterusruptur geheilt durch Jodoformgazetamponade. *Allg. Wien. med. Ztg*, 1890, XXXV, 61.

TUMEURS UTÉRINES. HYSTÉRECTOMIE, ETC. — **E. W. Cushing**. The degenerati n of uterine fibroïds with exhibition of two specimens and remarks on choice of methods in the treatment of fibroïds. *Boston med. and Surg. Journal.*, 3 avril, 1890, °CXXII, p. 315. — **Ellsworth Hewitt**. Extirpation of the cervix uteri for cancer. *International Journal of Surgery*, New-York, mai 1890, vol. III, p. 102. — **Dennetières**. Cancer primitif du corps de l'utérus ; généralisation aux viscères abdominaux, Péritonite avec épanchement purulent. Mort. *J. des sc. méd. Lille*, 4 avril 1890, p. 325. — **Gieseler**. *Traitement des fibromyômes utérins par l'électricité*. Th. *Paris*, 1889-1890, n. 156. — **Curatulo**. Sulla cura palliativa del cancro dell' utero inoperabile e sul trattamento dell'endometrite cronica col cloruro di zinco. *Giorn. internaz. delle sc. med.* Napoli, fev. 1890. 143. — **Coe (Henry C.)** Malignant disease of the corporeal endometrium. *Med. Rec.*, N.-Y., 1890, I, 369. — **Thoman**. Uterusinfarct und initiales Carcinom der Gebärmutter in klinischen Bilde. *Allg. Wien. med. Ztg.* 1890, XXXV, 62. — **Tannen**. Beiträge zur Statistik, Prognose und Behandlung des Gebarmutterkrebses. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVII. Hft 3, p. 420. — **Marque (A.)**. *Contribution à l'étude du traitement des fibromes utérins. Parallèle des principaux modes de traitement.* Th. Paris. 1889-90 n. 208. — **Jacobs**. Un cas de carcinome primitif utérin. *Arch. de Toc.*, 1890, nº 5, p. 281. — **Curatulo**. Sulla cura palliativa del cancro dell' utero inoperabile e sul trattamento dell' indometrite cronica col cloruro di zinco. *Morgagni*, Milano, 1889, XXXI, 663. — **Battes**. *Die supravaginale Amputation des graviden Uterus wegen Myom.*

Bonn, 1889. — **Kragelund**. Om Radikaloperationen for cancer uteri. *Hosp. Tid.*, Kysbenh, 1890, 3, R., VIII, 274. **Bergé**. Falso polipo uterino. *Rev. clin. del. hosp.*, Madrid, 1890, II, 56. — **Klein**. Uterus Sarcom. *München. med. Wchschr*, 1890, XXXVII, 170. — **Doran**. Myômes et fibro-myômes de l'utérus et des ovaires. *Nouv. arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1890, n° 5, p. 296. — **Leopold**. Die operative Behandlung der Uterus myome durch vaginale Enucleation, Castration, Myomotomie und vaginale Totalextirpation. *Arch. f. Gyn.* Bd XXXVIII, Hft 1, p. 1. — **Schwerin**. *Zur Diagnose des beginninden Carcinoms des Uterus körpers.* Berlin, 1889. — **Montgomery**. Vaginal hysterectomy. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gyn.*, Phila., II, 140. — **Price**. The dry extra-peritoneal treatment of the stump in hysterectomy. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gyn.* Phila., 1889, II, 149. — **Schmalfuss**. Zur Casuistik der Amputatio uteri supravaginalis bei Myomen. *Beit. z. Geb. u. Gyn.* Stuttg. 1889, 141. — **Trenholme**. Report of nine cases of hysterectomy for uterine fibroïds ; new method of treating pedicle. *Canada M. Rec.* Montréal, 1889-90, XVIII, 97. — **Brichetti**. Tumori uterini. *Gazz. med. lomb.*, Milano, 1890, XLIX, 32. — **Bantock**. Soft fibroïd tumours of the uterus. *Brit. Gynæk. J. Lond.*, 1889-90, 445. — **Guéniot**. De l'excision des gros polypes de l'utérus, particulièrement des polypes géants de cet organe. *Rev. Obst. et Gyn.* Par., 1890. VI, 14. — **Kaltenbach**. Zur Therapie der malignen Neubildungen des Uterus. *Beit. z. Geb. u. Gyn.* Stuttg., 1889, 7. — **Nebel**. Zu vaginalen Enucleation der Uterusmyome. *Munch. med. Wchnsch.*, 1890, XXXVII, 37.

OVAIRES. — **Goodell (William)**. Two successive cases of laparotomy for ovarian cyst and for ovarian insanity. *Med. News.* Philad., 17 mai 1890, vol. LVI, p. 521. — **Barton Cooke Hirst**. The corpus luteum « of pregnancy » in nonpregnant woman. *Med. News.* Philad., 5 avril 1890, vol. LVI, p. 358. — **G. V. High**. A case of abdominal cyst, presenting peculiar adhesions. *The North American practitioner.* Chicago, mars 1890, t. II, p. 117. — **Lancial**. Kyste de l'ovaire. *J. des sc. méd.* Lille, 1890, p. 190. — **Lancial**. Cancer des ovaires. Propagation en surface au cul-de-sac de Douglas. *J. d. sc. méd. Lille*, 21 mars 1890, 275. — **Wacquez**. *Les tumeurs végétantes de l'ovaire.* Th. *Paris*, 1889-90, n. 170. — **Conzette**. *Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes.* Th. *Paris*, 1889-90, n. 119. — **Myrtle**. Double ovariotomy and nephrectomy followed by Abcess of lung. *Lancet.* Lond., I, p. 751. — **Platt**. Ovarian cyst in a girl of 14 years, removed by laparotomy, etc. *Maryland M. J.*, Balt., 1889-90, XXII, 446. — **Nagel**. Zur Anatomie des menschlichen Eierstockes. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXVII, Hft 3, 491. — **Peters**. Fibro-cystoma ovarii von buitengewonen omvang. *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk*, Amst., 1890, 2 R. XXVI, 29. — **Raymond**. Cysto-sarcome de l'ovaire ; ovariotomie, guérison. *J. Soc. de Méd. et Pharm. de la Haute-Vienne.* Limoges, 1889, XIII, 187. — **Schmidt**. Beitrag zur Histologie der Knochen und Zähne in den Dermoidcysten der Ovarien. *Deutsch. Monatschr. f. Zahnh.* Leipz., 1890, VIII, 1. — **Dobczynski**. 100 *Fälle von Ovariotomien aus der gynäkologischen Universitätsklinik zur Königsberg.* Königsberg, 1889.

ORGANES URINAIRES. — **Küstner**. Die einfache gerade Röhre als catheter für die weibliche Harnblase. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 23, p. 416. — **Palmer**. Papilloma of the bladder in the female. *Times and Reg.* Philad., 1890, VII, 217. — **Duret**. Des cystites douloureuses

rebelles traitées par la colpocystotomie. *J. des sc. méd. Lille*, 1890, p. 433. — **Couturier (L.)**. *Contribution à l'étude de la thérapeutique intra-utérine antiseptique. De la dilatation et du pansement antiseptique de la cavité utérine dans le traitement des métrites chroniques. Th. Paris*, 1889-90, n° 210. — **Haultain**. Exfoliation of the Bladder in the female. *Edinb. M. J.*, juin 1890, p. 1122. — **Dubourg**. Corps étrangers de la vessie. *Soc. de Méd. et Chir. de Bordeaux*, 1889, 671. — **Trendelenburg**. Ueber Blasenscheidenfisteloperationen und über Beckenhochlagerung bei operationen in der Bauchhöhle. *Samml. Klin. Vort.* Leipz., 1890, n° 355. — **Herczel**. Traitement chirurgical de la fistule vésico-utérine. *Pest. Med. Chir. Presse.* Budapest, 1890, XXVI, 25.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Myers**. A few considerations on peritoneal effusions after intra-peritoneal operations. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gyn.*, Phila., 1889, II, 177. — **Gardner**. On abdominal section in tubercule of the peritoneum and uterine appendages. *Montréal M. J.*, 1889-90, XVIII, 641. — **Coe**. Secondary laparotomy for the relief of persistent pain due to intestinal adhesions. *Ann. Gynæc. et Pædiat.*, Phila., 1889-90, III, 332. — **Halliday Croom**. On some points in the technique of Laparotomy. *Edinb. M. J.*, mai 1890, p. 1012. — **Hoffmann**. Some accidents and complications incident and subsequent to abdominal and pelvic operations. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gynec.*, Phila., 1889, II, 102. — **Taylor (J. W.)**. Series of Eighty-four Cases of abdominal Section in Women. *Lancet.* Lond., 1890, I, 696. — **Lewes**. The indications for removing the uterine appendages for chronic inflammation with notes of two cases. *Med. Press. and Circ.*, Lond., 1890, XLIX, 226. — **Weiss**. *Fünfzig Fälle von Hämatocele retrouterina. Aus der Königsberger gynäkologischen Klinik in den Jahren*, 1878, 1881 *bis*, 1889. Königsberg, 1889. — **Smith**. Observations on pelvic abscess. *Med. Press. and Circ.* Lond., 1890, XLIX, 272. — **Spengler**. *Zur Behandlung der Hæmatocèle retrouterina.* Bern., 1889. — **Hall**. Some points in the diagnosis of pyosalpinx. *Tr. Am. Ass. Obst. and Gynec.*, Phila., 1889, II, 230.

VARIÉTÉS. (Microbiologie, troubles nerveux, troubles menstruels, malformations, etc.) — **Valenta**. Ein Fall von ganzlichen Mangel der inneren genitalien mit einer kaum angedeuteten Vulva bei entsprechend entwickelten Brutdrüsen. *Memorabilien.* Heilbr., 1889-90, IX, 193. — **Carey**. The generative organs of women in primitive sterility. *Med. et Surg. Rep.* Phila., 1890, LXII, 397. — **Manton**. A contribution to the history of ovariotomy on the insane. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gynec.* Phila., 1889, II, 262. — **Newman**. A case of rudimentary uterus and absence of vagina; relieved by operation. *N. Am. Pract.*. Chicago, 1890, II, 116. — **Wolfner**. Die einfache gerade Röhre als katheter für die weibliche Harnblase. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 20, p. 359. — **Lier** et **Ascher**. Beitrage zur Sterilitätsfrage. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* 1890. Bd. XVIII, Hft. 2, p. 262. — **Kaschkaroff**. Ueber ein erfolgreichen Fall von Laparotomie bei aussergewöhnlich gross entwickelter Nierencyste, enstanden durch Pyelonephritis der rechten Niere. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 17, p. 303. — **Von Kahlden**. Ueber das Verhalten der Uterusschleimhaut wharend und nach der Menstruation. *Beitr. z. Geb. u. Gyn.* Stuttg., 1889, 107. — **Conklin**. Some neuroses of the menopause. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gyn.*, Phila., 1889, II, 309. — **Bergh**. Om Herpes menstrualis. *Hosp. Tid. Kjobenh.*, 1889, VII,

1297, 1321. — **Zinker**. Castration wegen Geistesstorung. *Allg. Ztschr. f. Psychiat.*, etc. Berl., 1889-90, XLVI, 687. — **Saulman**. Die Behandlung mit der Konstanten Strome in der Gynäkologie. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 19, p. 337. — **Frank**. Beiträge zur Lehre von den Coitusverletzungen. *Prag. Med. Wchschr.*, 1890, XV, 59. — **Rosthorn**. — Vierzig Fälle von Abtragung und Entfernung der Anhänge der Gebärmutter. Klin. Studie. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVII, Hft 3, p. 337. — **Tannen**. Eine neue zusamnenlegbare Sims'she Rinne mit Hebelverschluss. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 25, p. 441. — **Ruggi**. L'operazione del Battey e la nutrizione dell' utero. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, mars, 1890, 143. — **Muller**. Beobachtungen über den Einfluss der Influenza auf den weiblichen Sexualapparat. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 17, p. 297. — **Schaeffer**. Bildungs-Anomalien weiblicher Geschlectsorgane aus dem fötalen Lebensalter mit besonderer Berücksichtigung der Entwickelung des Hymens. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVII, Hft 2. — **Frank**. Casuistische Beiträge zu den Missbildungen der weiblichen genitalorgane. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 2, p. 187. — **Seidel**. *Ein Fall von Hemmungs-missbildung des weiblichen genitalkanals.* Erlangen, 1889. — **Lindfors**. Fall von Elephantiasis congenita cystica. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 2, p. 258. — **Lyons (J.-A.)**. A case of rudimentary uterus and absence of vagina relieved by operation. *The North American practitioner.* Chicago, mars 1890, t. II, p. 116. — **Hotmann de Villiers**. Anomalies des organes génitaux externes chez une femme de 21 ans. *Arch. de Tocol.*, 1890, n° 5, 272. — **Townsend**. A report of ninety cases of rapid dilatation of the uterine canal for the cure of dysmenorrhea and sterility. *Tr. Am. Ass. Obst. de Gynec.* Philad., 1889, II, 220.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Bewill**. Two hundred and fifteen cases of labor. *St Louis M. and S. J.*, 1890, LVIII, 18-26. — **Hart**. Improved method of managing the third stage of labor. *Rep. Lab. Roy. Coll. Phys.*, Edinb, 1890, II, 90. — **Humphreys**. The force required in labor. *Lancet*, Lond., 1890, I, 596. — **Kortright**. Unusual mechanism in shoulder delivery. *Med. Rec.*, N.-Y., 1890, XXXVII, 444. — **Mermann**. Weitere 200 Geburten ohne innere Desinfektion. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 18, p. 316.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Barbour**. Anatomy of advanced pregnancy and of labour, as studied by means of frozen sections and casts. *Rep. Lab. Roy. Coll. Phys.*, Edinb., 1890, II, 1. — **Döderlein**. Vergleichende Untersuchungen über Fruchtwasser and fötalen Stoffwechsel. *Arch. f. Gyn.*, 1890, XXXVII, 141. — **Lugeol**. Placenta double dans une grossesse simple. *Mém. et bull. de la Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, 1889, 185. — **Rémy**. Fractures des deux fémurs chez un enfant né en présentation du siège. *Rev. Méd. de l'Est.* Nancy, 1890, XXII, 171. — **Roncaglia**. Della placenta marginata. *Ann. di ostet.* Firenze, 1889, XI, 355-384. — **Streett**. Hydatiform degeneration of chorion. *South. Clinic.*, Richmond, 1890, XIII, 71.

APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Tarnier**. Critiques et desiderata du basiotribe ; ses modifications successives. *Sem. méd.* Paris, 1890, X, 89.

DYSTOCIE. — **Cullingworth**. Cæsarean section in a case of flattened generally contracted pelvis ; death in sixty hours ; necropsy ; remarks. *Lancet*, Lond., 1890, I, 90. — **Gibb**. Labour complicated by a fibroid tumor ; cæsarean section. *Med. News*, Phila., 1890, LVI, 333. — **Jentzer**. Dystocie par atrésie incomplète de l'orifice externe. Dégagement de la tête coiffée par les parois cervicales très allongées et amincies. *Arch. de Toc.*, 1890, n° 5, 268. — **Kelly**. A successful Cæsarean section for a large bony tumor choking the pelvis. *Med. and Surg. Reporter*, 1890, LXII, 100-106. — **Ribemont-Dessaignes**. Dystocie due à la présence d'un myôme inséré sur la partie postérieure du segment inferieur de l'utérus ; putréfaction du fœtus ; présentation du [illegible] ; extraction à l'aide du basiotribe ; mort au 17e jour. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, avril, 1890, p. 241. — **Tait**. An address on the surgical aspect of impacted labour. *Brit. M. J.*, London, 1890, I, 657. — **Von Ramdohr**. Das mässig verengte Becken und seine Behandlung in der Hospital und Privatpraxis. *Med. Monatsch.*, N.-Y., 1889, I, 640-643.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Budd**. Diagnosis of pregnancy by the changes of the urinary phosphates. *Virginia, M. Month.*, Richmond, 1889-90, XVI, 974. — **Davis**. Dystocia from cervical atresia. *Ann. Gynæc.*, Boston, 1889-90, III, 110. — **Ehrendorfer**. Zur kenntniss der fehlerhaften Haltung der Frucht. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVII, Hft 2, p. 279. — **Galabin**. The change in size of the chest and abdomen during the lying-in period and the effect of the binder upon them. *Lancet*, Lond., 1890, I, 601. — **Lütkens**. *Entwickelung der Lehre vom allgemein gleichmässig verengten Becken mit Anschluss eines Falles von allgemein verengtem schräg verschobenem Becken*, Freiburg, 1889. — **Mackenzie**. Case of prolonged gestation. *Brit. Gyn. J.*, Lond., 1889-90, 427. — **Neugebauer**. Spondyl-olisthésie et spondylizème. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1890, n° 4, p. 235, 308. — **Norris**. The value of abdominal palpation in obstetrical diagnosis. *Univ. M. Mag.*, Phila., 1889-90, II, 234-240. — **Voituriez**. Les calendriers de la grossesse. *Arch. de Toc.*, 1890, n° 5, p. 285. — **Wells**. Shoulder presentations and their management. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1890, XXIII, 274.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Riedniger**. Ein Fall von Graviditas extrauterina durch Laparatomie geheilt. *Wien. Klin. Wchnschr.*, 1889, II, 901. — **Wathen**. Treatment of ectopic pregnancy with report of a case. *New-York M. J.*, 1890, LI, 288. — **Duncan**. Clinical lecture on extra-uterine gestation. *Lancet*, London, 1890, I, 449. — **Tait**. A criticism on some recent utterances on ectopic gestation. *Prov. M. J.*, Leicester, 1890, IX, 194.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Braun-Fernwald**. Ueber zwei primäre Laparatomien bei Graviditas extrauterina. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVII, Hft 2, p. 286. — **Courmont**. Sur un cas de grossesse trigémellaire. *Lyon médic.*, fév. 1890, 151. — **George Speck**. Miscarriage of Triplets. *New-York Med. Journ.*, 18 janv. 1890, II, 69. — **Phocas**. Grossesse gémellaire ; hydramnios ; ponction ; guérison. *Ann. de gyn. et d'obst.*, mai 1890, p. 361. — **Roesger**. Isolirter Vorfall der Nabelschnur bei zwillingsgeburt und doppelter Querlage der Früchte. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 22, p. 393. — **Spinelli**. Di un segno certo di parto gemellare. *Riforma Med.* Napoli, 1889. V, 1760 ; 1766. —

Valenta. Die Bauchpresse als einfachstes Mittel zur endgiltigen spontanen Ausstossung eines Abortiveies der ersten drei Monate. *Memorabilien.* Heilbr., 1889, IX, 196. — **Van Dorn.** Triplets with one placenta. *Med. Rec.*, N.-Y., 1890, XXXVII, 96.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Ballantyne.** Intra-uterine Rickets. *Edinb. m. J.*, juin 1890, p. 1111. — **Diffre.** Nouveau système de couveuse pour les nouveau-nés. *Arch. de Toc.*, 1890, nº 4, p. 228. — **Ely.** Mummification; one of the results of retention of a dead fœtus in utero. *Med. Rec.*, N.-Y., 1890, XXXVII, 90.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES (Voir Dystocie, Grossesse extra-utérine). — **Ahlfeld.** Die geburshilflichen operationen in der Hebammenpraxis. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 15, p. 258. — **Abegg.** Die geburshilflichen Operationen der Hebammen. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 18, p. 313. — **Ayers.** Duties in the decidua and retained membranes of the ovum. *Med. Rec.*, N.-Y., 1890, XXXVII, 400. — **Baudry.** *Étude critique de la méthode des douches vaginales pour la provocation de l'accouchement prématuré*, 1890. Paris. — **Blanc.** De l'opération césarienne, méthode opératoire et indications. *Arch. de Toc.*, 1890, nº 4, p. 193, 296. — **Caubet.** Curettage de l'utérus chez une malade atteinte de septicémie due à la rétention des débris de l'œuf après un avortement de 4 mois. Guérison. *Arch. de Toc.*, 1890, nº 5, p. 283. — **Clarke.** The management of the perineum during labor.. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gynec.* Phila., 1889, 206. — **Cohnstein.** Beiträge zur Lehre der Placentarverwachsung. *Arch. f. Gyn.*, 1889, XXXVI, 371. **Evans.** Surgical treatment of puerperal peritonitis. *Med. Rec.*, N.-Y., 1890, XXXVII, 407. — **Goodell.** Delivery of a retained placenta. *Practice.* Richmond, 1890, IV, 33. — **Harris.** Results of the Porro-Cæsarean operation in all countries, from its introduction to the close of 1888. *Brit. med. J.* Lond., 1890, I, 68. — **Hoerle.** *Zur Statistik des Kaiserchnittes.* Bonn, 1889. — **Hertzch.** Sieben weitere Beiträge zur Lehre vom conservativen Kaiserschnitte. *Arch. f. Gyn.*, 1890, XXXVII, 67. — **Kaschkaroff.** Ueber einen glücklich ausgeführten Kaiserschnitt. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 16, p. 273. — **Kocks.** Ueber die künstliche Inversio uteri bei Post-partum-Blutungen und die intra-uterine Knotung der Uterusnaht bei der Sectio Cæsaren. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 20, p. 353. — **Lefour.** Du dégagement artificiel des épaules au détroit périnéo-vulvaire. *Mém. et bull. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1889, 553. — Version céphalique par manœuvres externes dans les présentations pelviennes et circulaires du cordon autour du col fœtal. *Mém. et bull. Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, 1889, 437. — **Lugeol.** De la version céphalique par manœuvres externes dans les présentations du siège. *Mém. et bull. Soc de méd. et chir. de Bordeaux*, 1889, 589. — **Münchmeyer.** — Beitrag zum Kaiserchnitte und uber das Verhalten des bei demselben verwendeten Nahtmateriales. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVII, Hft 2, p. 312. — **Noble.** Induced premature labor; delivery with high forceps; conjugate diameter, eight centimetres. *Obst. Gaz.* Cincin., 1890, XIII, 59. — **Taylor.** Forceps versus version in contracted pelvis. *Cincin. Lancet-Clinic.*, 1890, XXIV, 247. — **Turazza.** Sulla estrazione manuale della placenta. *Gazz. d. osp.* Milano, 1890, XI, 57. — **Ulman.** Deux cas de section césarienne, à la Maternité de Göteborg. *Hygiæa.* Stockholm, 1889, II, 729. — **Varnier.** De la dilatation artificielle de l'orifice utérin pendant le travail. *Gaz. hebd. de méd.* Par., 1890, XXVII, 62, 101. —

fever. *Med. Chir. Tr.*, Lond., 1889, LXXII, 83. — **Sperling**. Ueber Hernia uteri gravidi. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVII Hft, 2, p. 308. — **Styalko**. Des hémorrhagies pendant la grossesse. *Meditsina*. Saint-Pétersb., 1890, II, 29. — **Thiéry**. Remarques à l'étude de l'érysipèle dans l'état puerpéral. *Gaz. méd. de Paris*, 1890, VII, 87, 99. — **Valle**. Alcune considerazoni sulla febbre puerperale e suo trattamento col sublimato corrosivo. *Riv. ital. di terap. e ig.* Piacenza, 1889, IX, 401-410. — **Varnier**. De la putréfaction fœtale intra-utérine comme cause de dystocie. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance*, avril 1890, p. 108, 146. — **Von Herff**. Beiträge zur Lehre der Galaktorrhæ. *Frauenarzt*. Berl., 1889, IV, 27, 76, 134, 196, 255, 327, 400, 476, 545, 612, 694, 746.— **Vossius**. Ein Fall von einseitiger metastatischer Ophthalmie in Puerperum bedingt durch Streptokokhenembolie. *Zeitf. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 2, p. 166. — **Wallich**. Sur la nature de l'infection puerpérale. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1890, p. 367. — **Wells**. Central rupture of perineum. *Lancet*. Lond., 1890, I, 540. — **Zaramella**. Uno strano caso di aborto. *Riv. veneta di sc. med.* Venezia, 1889, XI, 479.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Auvard**. De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique. *Arch. de Toc.*, 1890, n° 5, p. 275. — **Braun-Fernwald**. Ueber die antiseptische Excochleatio uteri bei Endometritis puerperalis. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVII, Hft 3, p. 452. — **Budin**. Rapport sur l'autorisation à donner aux sages-femmes de prescrire les antiseptiques. *Arch. de Toc.*, 1890, n° 4, p. 239, 321. — **Constant Robert**. De l'accouchement antiseptique par le sulfate de cuivre. *Nouvell. arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1890, n° 5, p. 286. — **Dirska**. Zur Therapie der Postpartum-Blutungen. *Berl. Klin. Wchschr.*, 1890, XXVII, 173. — **Falk**. Hydrastinin bei Gebärmutterblutungen. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVII, Hft 2, p. 295. — **Goldschmidt**. Sages-femmes et antisepsie. *Méd. mod.* Par., 1889-90, I, 252. — **Nouveau**. Projet de loi sur l'exercice de la médecine. Les sages-femmes et les antiseptiques. *J. de méd. de Paris*, 2 s., II, 98. — **Pichevin**. Du sublimé en obstétrique. *Nouv. arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1890, n° 5, p. 281. — **Robertson**. The Gariel air-ball pessary as a plug in abortion. *Lancet*. Lond., 1890, I, 749. — **Valenta**. Soll den Hebammen der Gebrauch des Mutterrohres in der geburtshilflichen Praxis verboten werden? *Wiener Med. Presse*, 1890, XXXI, 165. — **Verchère**. De l'antisepsie dans les accouchements normaux ; ses résultats. *France méd.*, Par., 1890, I, 98.

TÉRATOLOGIE. — **Fernandez (Augustin M.)**. Notes and remarks on the birth of a double fœtus somewhat resembling the Siamese twins. *Americ. J. of the Med. sc.* Philad., 1890, 40. — **Raineri**. Un feto mostruoso in gravidanza complicata da idramnios acuto. *Osservatore*. Torino, 1889, XI, 767.

VARIÉTÉS. — **Day**. Some unusual cases in obstetric practice, with remarks on the relations of homœopathy to Obstetrics. *Month. Homœop. Rev.* London, 1889, XXXIII, 709-724. — **Dührssen**. *Geburtshülfliches Vademecum für Studirende und Aertze*. Berlin 1890. — **Freudenberg**. Ueber Naturheilkunde mit besonderer Berücksichtigung der Vorschriften derselben über Behandlung von Geburt und Wochen-

bett. *Frauenarzt.* Berl., 1890, V, 31. — **A. Koeltnitz**. Contributo alla fisiologia ed alla patologia della gravidanza. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1889, 44-84. — **Latis**. Ueber die Uebertragung des Milzbrandes von der Mutter auf den Fotus und die allgemeinen Alterationen an Gefässen, welche de Milzbrandinfection hervorbringt. *Cent f. allg. Path. u. path. Anat.* Iena, 1890, I, 89. — **G. Lichotzky**. Zur Kasuistik der Fremdkörper in der Harnblase. *Cent. für ginak.*, 1890, n° 25, p. 447. — **Mijulieff**. De l'influence des impressions psychiques sur la marche de la grossesse et la mort intra-utérine du fœtus. Quelques considérations sur la structure de l'utérus. *Nouv. arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1890, n° 4, p. 208. — **Thomas More Madden**. On false pregnancy. *The Amer. Journ. of the med. Sciences*, 1890, juillet, p. 26. — **Porak**. De l'achondroplasie. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1890, n° 4, p. 222, 303. — Responsabilité du médecin et de la sage-femme en cas d'épidémie puerpérale. *Rev. prat. d'Obst. et d'Hyg. de l'enfance*, avril 1890, p. 97. — **Trousseau**. De l'Iritis cataméniale. *Arch. de Tocol.*, 1890, juin, p. 315.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C[ie], HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Août 1890

M. le Dr Tillaux est enfin nommé Professeur à la Faculté de Médecine de Paris. Il y a dix ans, au moins, qu'il devrait l'être, si les basses jalousies de professeurs sans élèves, n'avaient retardé, autant qu'elles l'ont pu, la nomination d'un homme aussi recommandable par l'honnêteté scientifique que par le talent professoral.

Nous avons été des premiers, il y a plus de 15 ans, à voter pour lui, et nous sommes heureux de constater qu'enfin une justice, bien tardive, lui a été rendue.

Professeur Pajot.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôpital Necker. — Clinique du professeur Guyon.

CYSTALGIES SYMPTOMATIQUES DE LÉSIONS RÉNALES ET PYONÉPHROSES CONSÉCUTIVES A DES LÉSIONS VÉSICALES. — INFLUENCE DU TRAITEMENT DE LA VESSIE SUR LES URÉTÉRO-PYÉLITES

Messieurs,

Nous avons actuellement, couchées dans les lits 4 et 5 de notre salle de femmes, deux malades chez lesquelles j'ai pratiqué la cystotomie. C'est là une opération que l'on a beaucoup plus souvent l'occasion de faire chez la femme que

chez l'homme, l'état douloureux vésical étant plus fréquent chez celle-là que chez celui-ci.

Aujourd'hui je désire attirer votre attention sur quelques points de diagnostic et vous parler d'une manière générale de l'influence de l'état vésical sur l'état rénal et réciproquement. A ce double point de vue nos deux malades sont particulièrement intéressantes car toutes deux présentent un état vésical et un état rénal douloureux.

Il n'est pas douteux qu'on observe des réflexes réno-vésicaux, mais entre leur existence et les déductions que l'on en a tirées dans des discussions de Sociétés savantes, il y a des différences que la clinique nous permet de mesurer.

Avions-nous chez nos deux malades affaire à une influence du rein sur la vessie ou de la vessie sur le rein? La question, en dehors de son intérêt scientifique, n'est pas indifférente; un diagnostic précis étant nécessaire pour poser les indications thérapeutiques et recourir à des actes opératoires consécutifs. Il est, croyons-nous, possible de faire la part de ce qui revient aux reins, et de ce qui revient à la vessie; nos deux malades en sont un exemple.

La première a été opérée le 26 mars. A cette époque, elle avait des urines extrêmement chargées de pus, des reins volumineux et douloureux; elle souffrait de crises vésicales extrêmement douloureuses. En même temps existaient quelques symptômes généraux graves, une petite fièvre à oscillations, des troubles dyspeptiques variés (langue sèche, etc.).

Les douleurs vésicales étaient-elles sous la dépendance de l'état rénal ou, au contraire, l'état rénal n'était-il que la conséquence d'une lésion primitivement localisée à la vessie? Après examen, nous avons conclu à une influence de la vessie sur le rein; celui-ci ne devait donc pas être visé par l'opération, immédiatement tout au moins.

Nous nous sommes dès lors attaqué à la vessie, nous avons fait la cystotomie et le résultat a été exactement celui que nous attendions de notre intervention. Immédiatement les douleurs vésicales ont disparu et du jour où la vessie a été

ouverte il n'y a plus en une seule crise. En même temps l'état rénal s'est considérablement amélioré; les reins ont presque aussitôt cessé d'être douloureux et cette disparition de la douleur a été elle-même suivie d'une diminution de volume, si bien qu'aujourd'hui il est impossible d'atteindre ces reins par le palper.

Pourquoi avons-nous conclu chez cette malade à l'importance de l'état vésical, à sa réalité, à son rôle dans la production de l'état rénal? Nous l'avons fait parce que nous avons constaté chez elle que la vessie était directement en cause; cela nous a été possible par l'étude de la sensibilité vésicale qui, ainsi que je l'ai depuis longtemps démontré, permet de déterminer d'une manière exacte et sûre l'existence de lésions siégeant au niveau même de la vessie. Les diverses manœuvres permettant d'apprécier l'état de cette sensibilité vésicale ont été exposées d'une manière complète, il y a quelques années déjà, par mon élève Hartmann, dans sa thèse inaugurale (1).

Nous avons donc interrogé chez notre malade la sensibilité vésicale, elle était excessive.

La pression simple de la vessie par le doigt vaginal, la pression de la vessie contre la face supérieure du pubis avec l'index recourbé en crochet, la pression hypogastrique, la pression bimanuelle avec une main sur la paroi abdominale et un doigt de l'autre dans le vagin, ont déterminé une série de sensations douloureuses des plus vives.

Prenant un explorateur à boule olivaire, j'ai pu constater que la traversée uréthrale était indolente, que je n'obtenais rien non plus à l'entrée dans la vessie, mais qu'au contraire j'arrachais un cri à la malade lorsque poussant plus loin la boule de mon explorateur j'allais butter contre la paroi profonde de la vessie. L'explorateur métallique coudé, me permettant de toucher successivement les divers points de la face interne de la vessie, m'a montré que tous ces points

(1) *Des cystites douloureuses*. Paris, Steinheil, 1887.

étaient douloureux au contact. Pour terminer cette exploration j'ai recherché quelle était la sensibilité à la distension ; il m'a suffit d'injecter quelques grammes pour déterminer une douleur excessive.

Mais, direz-vous peut-être, dans l'espèce les reins sont également douloureux, les douleurs vésicales déterminées par ces diverses explorations ne sont-elles par l'écho de la douleur rénale? C'est là une objection que l'on ne peut soutenir. *La vessie saine n'est pas sensible au contact, elle l'est peu à la distension.* Pour que le contact soit douloureux, pour que la distension ne puisse plus s'effectuer, il faut qu'elle ait subi une modification inflammatoire. Ici encore, je vous citerai un autre travail de M. Hartmann, complémentaire de sa thèse (1). Vous y verrez, par la lecture d'observations nombreuses, pour la plupart recueillies dans mon service, que, dans les états névralgiques, la vessie reste insensible au contact, à la pression, et que sa sensibilité à la distension n'est nullement augmentée. Nous devions donc conclure chez notre malade à l'existence d'une cystite grave, la *sensibilité pathologique ne pouvant se superposer qu'à un état pathologique.*

Les suites de l'opération que nous avons faite, de la colpocystotomie, nous ont montré que nous avions eu raison de laisser le rein de côté dans notre intervention. La sensibilité a disparu et son volume a diminué. C'est qu'en effet la pyonéphrose peut être modifiée de la manière la plus remarquable par un traitement vésical approprié, je ne parle pas seulement ici de la taille mais aussi d'un simple traitement vésical rationnel. Il suffit souvent que la vessie soit au repos pour que le rein se vide parfaitement. Peut être est-ce simplement en assurant l'évacuation régulière de la vessie, et par suite des uretères, que Bozeman a obtenu des succès dans le traitement des pyonéphroses, lorsqu'il faisait pendant des mois le cathétérisme des uretères par une fistule vésico-vaginale

(1) *Des névralgies vésicales.* Paris, Steinheil, 1888.

créée chirurgicalement (1); certes notre malade pisse encore du pus; mais de sa pyonéphrose j'ai fait une simple pyélite et par là j'ai obtenu une amélioration considérable.

Chez notre deuxième malade j'ai dû, il y a quelques jours, après échec d'un traitement antérieur, ouvrir la vessie. Actuellement le rein malade n'a pas encore diminué de volume mais la fièvre a disparu; la langue sèche auparavant est aujourd'hui rose et humide; les fonctions digestives se sont très améliorées et nous avons tout lieu de croire aussi à un succès ultérieur. Je vous engage à suivre cette malade et ne doute pas que sous peu vous assisterez à la diminution progressive de son rein. J'ai, Messieurs, insisté sur l'histoire de ces malades, pour bien vous montrer l'influence de la vessie sur le rein, du traitement vésical sur l'évolution des lésions rénales. Je l'ai fait pour réagir contre l'opinion de quelques-uns qui tendent à exagérer l'importance des réflexes réno-vésicaux et pour vous montrer, par des exemples, que non seulement l'existence d'une lésion rénale ne contre-indique pas une intervention vésicale, mais qu'au contraire, elle la commande plus active, l'action exercée sur la vessie se faisant aux bénéfices des reins et des uretères, dont normalement la vessie est la gardienne naturelle.

Ce sont des faits importants que confirme la pratique journalière de la chirurgie chez les urinaires. Pour ne pas sortir du cadre de cette leçon je me contente de vous citer l'homme couché au n° 4 de la salle Velpeau. Lorsqu'il nous est arrivé il y a deux mois environ avec une infiltration d'urine et une rétention nous avons constaté une pyonéphrose à droite. Elle était des plus volumineuses et nous en avons dessiné les contours au nitrate d'argent. Elle a complètement disparu et cependant nous ne nous sommes occupé que du traitement de l'infiltration et de la rétention.

Aller au secours des reins en traitant méthodiquement les

---

(1) SHERWOOD DUNN. *La kolpo-urétéro-cystotomie*. Th. Paris, 1888-1889, n° 36.

lésions de l'appareil urinaire inférieur doit être l'une des règles fondamentales de la chirurgie que nous pratiquons dans cette clinique. Ce n'est pas seulement une action préservatrice que l'on exerce ainsi, ce peut être, vous le voyez, une action thérapeutique dont bénéficient et les uretères et les reins. Cela n'enlève pas sans doute l'action directe sur ces organes. La chirurgie a fait à cet égard de précieuses conquêtes, elle les étendra certainement. Mais il y a beaucoup à faire encore pour que le traitement chirurgical des pyonéphroses et des urétérites donne tout ce que nous voulons en attendre. Il est donc bon d'étudier l'action que peut exercer le traitement de la vessie sur la rétention de pus dans les reins et, d'une façon générale, de rappeler à l'aide d'exemples, que s'il est vrai que la vessie peut être influencée par le rein, l'observation attentive et réitérée des faits prouve que les lésions inflammatoires de ces organes auxquelles le chirurgien a affaire, sont secondaires et que leur origine est vésicale.

ÉTUDE CLINIQUE SUR L'ATROPHIE CONGÉNITALE OU ACQUISE DES MEMBRES INFÉRIEURS DANS SES RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Par M. le Dr **Chambrelent**, chargé du cours de clinique obstétricale à l'École de médecine de Toulouse.

Lorsque la grossesse survient chez une femme atteinte depuis son enfance de boiterie, on se préoccupe généralement de l'issue de l'accouchement et du sort du produit de la conception.

La boiterie due aux lésions coxo-fémorales a été particulièrement étudiée et nous connaissons bien aujourd'hui le type spécial de viciation pelvienne auquel elle donne lieu.

Il n'en est plus ainsi pour les lésions pelviennes qui peu-

vent accompaguer les atrophies congénitales ou acquises dans les premières années de la vie.

Nous ne croyons pas que cette question d'anatomie et de physiologie pathologique ait jamais été traitée. Il paraît cependant bien avéré que ces lésions atrophiques peuvent dans certains cas retentir sur le bassin. Volkmann, cité par Charcot, dans ses *Leçons sur la paralysie atrophique de l'enfance*, s'exprime en effet ainsi :

« Même dans la paralysie infantile très limitée et très incomplète, les troubles trophiques dont il s'agit peuvent affecter le membre dans toute son étendue ; on en retrouve souvent des traces au tronc, *au bassin*, aux épaules et même dans certains cas, à la tête. »

A défaut de données anatomiques, il nous a paru intéressant de faire une étude clinique de la question et de rechercher quelles pouvaient être les conséquences des lésions atrophiques des membres inférieurs sur la marche de la grossesse et sur son issue.

Enfin il était aussi intéressant de connaître si des lésions aussi marquées de la mère et qui le plus fréquemment ne sont que des troubles trophiques répondant à des lésions des centres nerveux ne pouvaient pas avoir d'influence sur l'état de l'enfant.

Nous n'avons trouvé dans les divers auteurs aucune donnée précise à ce sujet et n'avons pu que rassembler quelques rares observations disséminées dans diverses thèses ou mémoires dont nous donnerons le résumé.

Mais, favorisé par les circonstances, nous avons pu recueillir un certain nombre d'observations personnelles de grossesses et d'accouchements survenus chez des femmes atteintes de lésions atrophiques des membres inférieurs, observations qui, sans être encore bien nombreuses, nous permettent cependant d'éclairer un peu cette question au point de vue clinique.

Les lésions atrophiques, que nous avons observées chez les femmes enceintes, peuvent se diviser en trois classes. Elles

sont survenues dans les premières années de la vie et peuvent être le résultat :

1° De paralysie atrophique de l'enfance ;

2° De lésions osseuses des membres inférieurs ; ou enfin,

3° Être congénitales.

Après avoir donné la relation complète des observations qui nous sont personnelles et le résumé succinct de celles que nous avons pu trouver dans les divers auteurs, nous chercherons à conclure quelle est l'influence des lésions atrophiques des membres inférieurs d'abord sur la marche de la grossesse elle-même, puis sur l'accouchement et enfin sur l'état du produit de la conception.

1° Atrophies des membres inférieurs consécutives à la paralysie infantile.

La paralysie atrophique de l'enfance est une des causes les plus fréquentes d'atrophie des membres inférieurs, cette atrophie détermine soit la claudication, lorsqu'elle n'est pas trop accentuée, soit l'impotence fonctionnelle absolue de l'un ou même des deux membres, et peut dans certains cas retentir directement sur le bassin.

Nous avons pu en recueillir personnellement trois observations. Nous en avons retrouvé deux autres dans la thèse d'agrégation de Guéniot et une dans le *Répertoire général d'obstétrique et de gynécologie*, nous en donnerons le résumé.

OBSERVATION 1. — *Atrophie du membre inférieur droit à la suite de paralysie infantile. — Pas de déformation appréciable du bassin. — Sept accouchements spontanés.* (Obs. de BLOT. Thèse d'agrégation de GUÉNIOT. Résumée.)

Femme privée depuis l'âge de quinze mois de l'usage du membre inférieur droit, resté atrophié à la suite de *convulsions infantiles*. Cette femme, de taille moyenne, d'une bonne santé habituelle, après avoir rampé jusqu'à l'âge de cinq ans en s'appuyant directement sur son bassin, se sert depuis cet âge d'une béquille qu'elle

ne quitte plus. Elle marche exclusivement avec l'aide de son bâton et du membre pelvien gauche. Le membre droit ne touche jamais le sol; atrophié, tourné dans l'adduction, il ne toucherait le sol, si on le soumettait à une extension forcée, que par la face dorsale du pied considérablement dévié en dedans.

Malgré cette infirmité cette femme est accouchée sept fois spontanément d'enfants de volume ordinaire.

L'examen direct ne peut faire découvrir aucune modification du côté du bassin correspondant au membre atrophié, pas plus que du côté sain.

Entrée à l'hôpital dans le service de Dubois pour une perte de sang survenue au septième mois d'une nouvelle grossesse, elle accoucha spontanément quelques jours après.

OBSERVATION 2. — *Atrophie du membre inférieur droit à la suite de paralysie infantile. — Bassin bien conformé. — Trois accouchements naturels à terme.* (Obs. de BLOT. Thèse d'agrégation de GUÉNIOT. Résumée.)

Femme atteinte de claudication à la suite de *paralysie infantile* depuis l'âge de 10 ans. Le membre inférieur droit présente un amaigrissement considérable. Dans trois grossesses successives cette femme accoucha à terme sans aucune difficulté. Les enfants présentaient un volume ordinaire.

Il n'est signalé chez eux aucune difformité.

OBSERVATION 3. — *Atrophie complète des deux membres inférieurs à la suite de paralysie infantile. — Rétrécissement du bassin. — Opération césarienne.* (Obs. de KOURRER, de Leyde, in *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie*, 1887. Résumée.)

Le sujet de cette observation est une mendiante très déformée. A deux ans et demi elle avait eu des *convulsions* à la suite desquelles il y a eu paralysie des membres inférieurs s'opposant complètement à la marche.

La partie supérieure du corps et les bras sont développés normalement. Il n'en est pas de même du bassin et des jambes très atrophiées.

Le bassin était un peu asymétrique.

On atteint sans peine le promontoire avec l'index, sa distance au bord inférieur de la symphyse mesure 8 centimètres et demi.

Les douleurs étaient commencées depuis vingt-quatre heures, le méconium s'était écoulé depuis dix heures.

On fait l'opération césarienne par la méthode de Müller. L'enfant pesait 2,750 grammes, et trois semaines après il atteignait le poids de 3,300 grammes.

Il n'est pas dit qu'il présentât le moindre vice de conformation.

OBSERVATION 4. — *Paralysie infantile ayant amené une atrophie très manifeste des membres supérieurs et inférieurs droits. — Boiterie. — Deux accouchements spontanés à terme.* (Obs. personnelle, recueillie dans le service de M. le Dr PINARD, à l'hôpital Lariboisière.)

La nommée H..., Flore, âgée de trente-sept ans, entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le Dr Pinard, le 7 novembre 1888.

Cette femme qui habite la Normandie, où elle exerce la profession de cultivatrice, s'est rendue à pied à Paris pour venir y faire ses couches.

Son père est mort aliéné il y a dix-neuf ans. Sa mère est morte d'une affection de la langue, probablement de nature carcinomateuse, il y a 11 ans. Elle a un frère et deux sœurs qui jouissent d'une bonne santé.

Au point de vue de ses antécédents personnels, elle nous raconte qu'elle a été atteinte à l'âge de onze mois de *convulsions* graves à la suite desquelles elle est restée paralysée du côté droit. A part cela elle n'a jamais eu la moindre affection nerveuse ou autre.

Réglée pour la première fois à l'âge de douze ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis, sauf pendant la durée de ses grossesses.

A l'âge de vingt et un ans elle devint pour la première fois enceinte. La grossesse a été absolument normale. L'accouchement a eu lieu à terme. La durée du travail a été de six heures. Les suites de couches absolument physiologiques et elle a pu reprendre son travail quelques jours après. La grossesse n'avait amené aucune modification dans son état de paralysie.

Son enfant, bien constitué, a été nourri par elle et a toujours

depuis été en bonne santé. Après avoir nourri son enfant pendant un an, elle a pu encore prendre un nourrisson pendant six mois.

Depuis cette époque elle a toujours continué à se bien porter. Ses règles ont repris leurs cours normal, jusqu'au mois de mars 1888, où elle devint de nouveau enceinte.

La grossesse actuelle n'amena aucun changement dans son organisme autre que la suppression des règles, et au huitième mois elle se rendit, comme nous l'avons dit, à pied à Paris, et entra à Lariboisière où nous eûmes l'occasion de l'observer.

Examen de la malade. — C'est une femme de taille moyenne. L'examen de la colonne vertébrale ne révèle aucune déviation anormale.

L'examen de la face nous permet de constater une paralysie très marquée du côté gauche, le pli nasal est effacé. La parole est embarrassée, il n'y a cependant pas de déviation bien manifeste de la langue. La sensibilité ne paraît pas affectée. La cage thoracique est régulièrement conformée, les deux seins sont également développés et volumineux.

L'examen externe du bassin ne permet de constater aucune asymétrie du squelette.

Mais l'*examen des membres* nous révèle les particularités suivantes :

Tandis que le membre supérieur gauche paraît avoir son développement normal, le membre supérieur droit est manifestement atrophié, c'est ainsi qu'il a environ deux centimètres de moins que le bras gauche, et que les muscles ainsi que ceux de l'avant-bras, sont beaucoup moins développés. La main est aussi plus petite et les doigts montrent un certain degré de contracture.

La malade n'est cependant pas absolument paralysée de ce membre qu'elle peut faire mouvoir, mais dont elle se sert peu, c'est ainsi qu'elle coud, écrit, etc. de la main gauche.

Il en est de même pour le membre inférieur droit, qui est manifestement plus lourd que le gauche, ce qui fait boiter la malade, qui marche sur le bord externe du pied.

Les muscles de la cuisse et du mollet sont moins volumineux que ceux du côté gauche.

Examen obstétrical. — On constate que l'utérus a son développement normal du huitième mois de la grossesse et est porté franchement vers la gauche, c'est là un fait qu'il nous paraît intéressant

de noter, puisqu'il coïncide avec la paralysie du côté droit de la malade.

Le palper permet de constater la présence d'un fœtus, en position O.I.G.A.

Le toucher ne nous révèle rien de particulier à signaler, ni du côté des parties molles, ni du côté du canal osseux, qui paraît normal.

Le 15 septembre, à 1 heure du matin, cette femme est prise des premières douleurs. Le travail marche régulièrement. La dilatation est complète à 3 heures du matin. A ce moment on rompt artificiellement les membranes et l'accouchement a lieu spontanément à cinq heures du matin.

La délivrance a lieu naturellement une demi-heure après l'accouchement.

L'enfant du sexe masculin est en bon état et bien constitué.

Il pèse 3,250 gr., a une longueur totale de 50 cent. Les diamètres de la tête sont les suivants :

O. F. — 11 1/2
O. M. — 13 1/2
B. P. — 9

Après l'accouchement on peut constater par le palper abdominal que l'utérus est bicorne. La corne gauche étant beaucoup plus marquée que la corne droite. L'examen des membranes qui ont été préparées avec soin par M. Mentel, interne du service, permet de constater très bien le fait.

Les suites de couches sont d'ailleurs absolument physiologiques. L'utérus occupe toujours le côté gauche.

Cette femme nourrit son enfant et paraît avoir du lait en abondance. Elle et son enfant quittent l'hôpital en parfaite santé.

OBSERVATION 5. — ***Atrophie des membres du côté droit survenue à la suite de paralysie infantile. — Crises d'épilepsie augmentant de fréquence pendant les grossesses. — Un accouchement prématuré. — Trois accouchements spontanés à terme.*** (Obs. personnelle, recueillie dans le service de M. le Dr PINARD, à l'hôpital Lariboisière.)

P...., âgée de 29 ans, exerçant la profession de ménagère, entre à la maternité de Lariboisière, service de M. le Dr Pinard, le 23 nov. 1888.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique. Mère morte de la variole. Frères et sœurs en bonne santé.

Antécédents physiologiques et morbides. — Cette femme dit avoir marché à l'âge de un an. A trois ans elle fut atteinte d'une fièvre typhoïde à forme cérébrale, qui détermina des convulsions très graves ; elle se remit cependant à la longue, mais resta paralysée du côté droit. Cette paralysie n'est cependant pas complète. Elle lui permet de marcher, mais en boitant.

La santé générale est restée bonne jusqu'à l'âge de dix-huit ans, époque de ses règles, qui n'ont pas d'abord un cours parfaitement régulier, mais qui ne s'accompagnent cependant d'aucun état pathologique.

A l'âge de 19 ans elle devient pour la première fois enceinte.

C'est pendant cette grossesse qu'apparaît chez elle un phénomène pathologique particulier. Elle fut à plusieurs reprises atteinte d'attaques nerveuses sur la nature desquelles nous ne pouvons d'abord être parfaitement renseigné, mais qui d'après le dire de l'entourage de la malade, présentaient le caractère suivant :

La malade pousse un cri, tombe sans avoir le temps de choisir la place, a de violentes convulsions, puis reste pendant quelque temps sans connaissance. Quand elle revient à elle, elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé et se trouve seulement très fatiguée. Ces attaques ont en somme tous les caractères d'attaques d'épilepsie et se reproduisent à plusieurs reprises pendant cette grossesse qui se termine à sept mois. L'enfant était vivant, mais succomba quelques heures après sa naissance.

Depuis cette première grossesse les attaques d'épilepsie ont persisté et se reproduisaient presque mensuellement.

Il y a quatre ans, nouvelle grossesse pendant laquelle les attaques redoublent de fréquence. Accouchement *spontané à terme*, enfant vivant encore aujourd'hui et fort bien constitué N'a jamais eu de convulsions.

Il y a deux ans, nouvelle grossesse qui présente le même caractère que les précédentes, c'est-à-dire exagération des crises d'épilepsie. Accouchement *spontané à terme* d'un enfant vivant et *bien constitué* qui succombe à trois mois à une affection laryngée.

Au mois de mars de cette année (1888) début d'une nouvelle grossesse, qui toujours se traduit par une augmentation des crises nerveuses. C'est pour cette grossesse qu'elle entre à l'hôpital

Lariboisière, service de M. le Dr Pinard, qui a bien voulu nous autoriser à recueillir cette observation.

Examen de la malade. — Cette femme de taille moyenne, présente une atrophie très marquée du bras et de la jambe du côté droit, cette atrophie de la jambe détermine de la boiterie.

L'examen du bassin fait avec soin par M. le Dr Pinard n'indique pas de viciations manifestes.

Pendant le temps qu'elle a passé dans le service elle a eu à plusieurs reprises des crises nerveuses auxquelles il ne nous a pas été donné d'assister, mais qui, d'après le dire des surveillantes, avaient le caractère des crises d'épilepsie.

Elle accoucha spontanément à terme d'un enfant vivant et bien constitué.

OBSERVATION 6. — *Atrophie manifeste du membre inférieur gauche datant de l'enfance. — Accouchement spontané à terme. — Enfant bien conformé.* (Obs. personnelle.)

Mme X... est atteinte depuis l'âge de un an d'un raccourcissement très marqué et d'une atrophie du membre inférieur gauche qui déterminent la boiterie.

A l'âge de vingt ans cette jeune femme étant devenue enceinte, nous sommes consulté par la famille qui se préoccupe de l'issue de l'accouchement par suite de cette boiterie.

L'examen nous permet de constater une atrophie très marquée de la jambe gauche, tandis que la hauteur de la hanche droite est de 102 cent., celle de la hanche gauche n'est que de 95 cent., c'est donc une différence de 7 cent. sur la longueur totale des membres inférieurs.

Le mollet droit mesure 35 cent.

Le mollet gauche seulement 31 cent.

Dans l'attitude debout le bassin présente naturellement une obliquité très marquée.

La pelvimétrie interne ne permet cependant pas de constater de vices de conformation bien manifestes du côté du bassin.

Nous concluons à la possibilité d'un accouchement à terme et éclairé par nos observations précédentes, portons un pronostic favorable sur le résultat de l'acccouchement et sur l'état de l'enfant.

Arrivée au terme de sa grossesse cette dame accouche en effet spontanément. La durée du travail n'a été que de six heures.

L'enfant très bien conformé pèse 3 kilogr.
Suites de couches absolument normales.

2° Atrophie des membres inférieurs consécutive à des lésions osseuses survenues dans le jeune âge.

L'atrophie des membres inférieurs peut encore dans certains cas, plus rares, être consécutive à des lésions osseuses survenues dans l'enfance ; on trouve alors, indépendamment de l'atrophie du système musculaire et du système osseux, des traces de cicatrices anciennes. Nous avons trouvé deux observations de ce genre l'une dans la thèse de Guéniot (1), l'autre dans la thèse de Chanoine (2) ; enfin nous avons pu en recueillir une personnelle à la Maternité de Toulouse, grâce à l'obligeance du Dr Bonneau. chirurgien en chef de ce service.

Observation 7. — *Raccourcissement et atrophie du membre inférieur droit s'accompagnant de lésions osseuses. — Bassin normal. — Trois accouchements spontanés à terme.* (Obs. recueillie par M. Blot. Thèse d'agrégation de Guéniot. Résumée.)

Femme de vingt-neuf ans, affectée de claudication depuis l'âge de 10 ans.

Traces d'abcès anciens au niveau de la hanche droite. Raccourcissement de six centimètres et légère atrophie du membre inférieur droit. L'examen du bassin ne permet de constater aucun vice de conformation. Cette femme accoucha trois fois spontanément à terme et ses accouchements n'offrirent rien de particulier à signaler.

Observation 8. — *Atrophie du membre inférieur gauche à la suite d'affection osseuse. — Accouchement spontané à terme.* (Obs. recueillie par Chanoine (3) dans le service de Depaul. Résumée.)

Femme de 28 ans, atteinte de l'âge de 4 à 14 ans d'une affection

(1) Guéniot. *Loc. cit.*
(2) Chanoine. Thèse de Paris, 1867.
(3) Chanoine. Thèse de Paris, 1867.

osseuse ayant donné lieu à une suppuration abondante du membre inférieur gauche. Le membre abdominal gauche est visiblement atrophié.

Cette femme marche aisément, corrigeant l'inégalité du membre gauche par une bottine spéciale.

Accouchement spontané à terme d'un enfant pesant 3,200 gr.

Durée du travail, douze heures.

OBSERVATION 9. — *Paralysie atrophique du membre inférieur gauche datant de l'enfance. — Cicatrices au niveau de la fesse. Asymétrie du bassin. — Deux accouchements spontanés. — Enfants bien conformés.* (Obs. personnelle. Recueillie à la Maternité de Toulouse, service de M. le Dr BONNEAU.)

La nommée Maria W.... est entrée à la Maternité le 16 janvier 1890.

C'est une femme de 23 ans, exerçant la profession de culottière, et dont les antécédents héréditaires ne nous présentent rien de bien particulier à signaler.

Au point de vue de ses antécédent morbides, elle raconte qu'elle fut atteinte dans les premières années de sa vie, d'une affection grave qui lui fit garder longtemps le lit et sur la nature de laquelle elle ne peut nous fournir que des renseignements très incomplets.

Elle nous raconte seulement qu'au niveau de la fesse gauche existait une plaie dont la cicatrisation fut fort longue. On trouve en effet à ce niveau une cicatrice parfaitement manifeste.

Quoi qu'il en soit, depuis cette époque elle n'a pu marcher qu'à l'aide d'une béquille, le membre gauche étant resté depuis très atrophié.

L'examen du squelette de cette femme nous révèle les particu larités suivantes:

La tête et les membres supérieurs sont bien conformés. La colonne vertébrale a ses courbes normales dans la partie supérieure, mais présente une légère lordose à la région lombaire.

Le membre inférieur droit paraît bien conformé, pas de courbure au niveau du tibia, mais le gauche est considérablement atrophié, il a près de 11 cent. de moins que celui du côté opposé et dans l'attitude verticale ne peut arriver à toucher le sol.

Le bassin est notablement incliné du côté droit et la partie gau-

che paraît moins développée que la partie droite. C'est ainsi que si on mesure la distance qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure de l'extrémité de l'ischion successivement des deux côtés on trouve que cette distance mesure 17 cent. du côté droit et seulement 15 cent. 1/2 du côté gauche.

Le toucher digital ne permet pas d'atteindre l'angle sacro-vertébral, ni la face antérieure du sacrum, mais permet cependant de s'assurer que l'épine sciatique du côté droit est plus saillante que celle du côté gauche. En un mot, sans être rétréci dans son diamètre antéro-postérieur, le bassin paraît présenter un certain degré d'asymétrie.

Cette femme est enceinte pour la seconde fois.

La première grossesse remonte à trois ans et s'est terminée par un accouchement à terme, d'un enfant vivant, venu par le sommet. L'accouchement a été spontané et le travail n'a pas présenté de longueur anormale. L'enfant est bien conformé et jouit d'une bonne santé.

La grossesse actuelle a débuté au mois de mai 1889. La dernière apparition des règles ayant eu lieu le 8 mai.

Les mouvements actifs du fœtus ont été perçus vers la fin du troisième mois. La grossesse a été absolument normale.

L'examen obstétrical de cette femme nous permet de constater un développement régulier de l'utérus, qui est fortement porté à droite.

Le fœtus est mobile, mais se présente au moment où nous l'examinons par le sommet et se trouve en position O. I. G. A. L'auscultation permet d'entendre très nettement les battements du cœur, à gauche et un peu au-dessous de l'ombilic.

Quelques jours après son entrée à la Maternité, le 11 février, cette femme entre en travail ; c'est, comme on le voit, quelques jours avant l'époque normale présumée, mais il est bon d'ajouter que la veille cette femme avait eu la permission de sortir et s'était beaucoup fatiguée.

La durée totale du travail n'a été que de 2 heures.

L'enfant présentait le sommet.

Il pesait 2 kilogr. 800 et était bien conformé.

Les suites de couches ont été normales, la mère et l'enfant ont quitté la Maternité en parfaite santé le 19 février 1890.

3° Atrophie congénitale des membres inférieurs.

L'atrophie congénitale des membres inférieurs s'accompagnant le plus généralement de malformations osseuses telles que genu valgum ou pied bot n'est pas absolument rare, cependant nous n'avons trouvé dans les différents auteurs aucune observation complète de grossesses survenues chez des femmes se trouvant dans ces conditions. Depaul dans son article *Bassin* du *Dictionnaire encyclopédique*, dit simplement :

« Sur une femme qui accoucha spontanément dans notre service d'un enfant du poids de 3,200 gr., on pouvait constater une atrophie du membre abdominal gauche avec pied bot varus très prononcé de ce même côté. Cependant malgré un examen attentif pratiqué sur le vivant, nous ne pûmes découvrir aucune déformation du bassin » (1).

Il n'est pas indiqué s'il s'agissait là d'une atrophie congénitale ou acquise, mais il est fort probable que Depaul fait allusion à l'observation plus complète rapportée dans la thèse de Chanoine, dont nous avons donné le résumé, et où il est dit que l'atrophie était consécutive à des lésions osseuses datant de l'enfance.

Nous avons pu recueillir une observation de ce genre des plus instructives dans notre service de la clinique obstétricale de Toulouse.

OBSERVATION 10. — *Atrophie congénitale des deux membres inférieurs et du membre supérieur gauche. — Pied bot. — Grossesse normale. — Accouchement spontané à terme. — Enfant bien conformé.* (Obs. personnelle recueillie à la clinique obstétricale de Toulouse, service de M. le Dr CHAMBRELENT.)

La nommée S..., Pauline, entre à la clinique obstétricale de l'École de médecine de Toulouse, le 28 mars 1890.

(1) DEPAUL. *Dictionn. encyclop.*, article *Bassin*, p. 198.

Elle est âgée de 17 ans.

Fille d'un père âgé de 45 ans et maladif, mais bien constitué ainsique sa mère, elle n'a eu ni frères, ni sœurs.

Dès sa naissance on a pu constater les lésions que nous aurons à décrire tout à l'heure, et qui ont retardé sa marche jusqu'à l'âge de quatre ans; à cet âge même elle n'a pu faire quelques pas que grâce à un appareil orthopédique.

Reglée pour la première fois à l'âge de quinze ans, elle ne l'a jamais été très régulièrement. Elle a eu une enfance maladive et est surtout sujette aux affections de poitrine.

Cette jeune femme est atteinte de lésions congénitales, portant sur les systèmes osseux et musculaires. Au point de vue du squelette, on constate l'existence d'un pied bot varus équin du côté gauche. Les tibias paraissent manifestement atrophiés. Genu valgum double.

Rien à noter du côté de la colonne vertébrale.

Le bassin paraît légèrement rétréci dans son diamètre transversal, les hanches sont très peu prononcées. La mensuration externe donne les résultats suivants :

1° Du milieu d'une crête iliaque à celle du côté opposé, 23 c. 5 ;

2° De l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre, 21 c. 2.

Par la mensuration interne on ne peut arriver avec le doigt sur l'angle sacro-vertébral.

Au point de vue du système musculaire, on constate une atrophie très marquée des muscles de la région des cuisses et des mollets.

Circonférence de la cuisse droite à 8 cent. au-dessus de la rotule.................	0,35 cent.
Circonférence de la cuisse gauche........	0,37 cent.
Circonférence du mollet droit à 0,15 cent. au-dessous du bord supérieur de la rotule	0,24 cent.
Circonférence du mollet gauche..........	0,26 cent.

Du côté des membres supérieurs, l'atrophie est surtout marquée à gauche, il y a une différence de un centimètre entre la circonférence des deux avant-bras mesurés à la même hauteur.

Atrophie très marquée de l'annulaire et de l'auriculaire du côté gauche, de même que des éminences thénar et hypothénar du même côté.

Facies peu intelligent. Strabisme convergent. Sensibilité très émoussée de toute la surface cutanée.

Cette jeune femme fait remonter le début de sa grossesse au mois d'août 1889, cependant elle a encore été réglée le 5 septembre.

La grossesse a été normale.

L'examen obstétrical pratiqué le jour de l'entrée de cette malade dans le service nous permet de constater les faits suivants :

L'utérus a un développement normal, il occupe la ligne médiane de l'abdomen. Les parois abdominales sont assez fortement tendues.

Enfant en présentation du sommet.

Pas d'engagement de la tête.

Bruits du cœur normaux s'entendant sur la ligne médiane.

Le 27 mai 1890 à 9 heures du soir, début du travail.

L'enfant se présente par le sommet en O. I. G. A. Les douleurs sont peu intenses.

Le 28 mai, à 5 heures du soir, dilatation complète. Rupture artificielle de la poche des eaux.

A 6 heures, accouchement spontané. Enfant bien conformé du sexe féminin et pesant 2,860 grammes. Délivrance régulière.

Suites de couches normales.

Cette femme quitte le service le 4 juin, emportant son enfant en bonne santé.

Conclusions.

En résumé nous avons pu rassembler dix observations, qui représentent un nombre de vingt-cinq grossesses et accouchements chez des femmes atteintes d'atrophie plus ou moins marquée des membres inférieurs.

Au point de vue de la marche de la grossesse il a été noté seulement trois accouchements prematurés, mais les causes de cette terminaison de la grossesse avant le terme, ont paru dans les trois cas pouvoir être rapportées à des causes étrangères à la boiterie. Contrairement à ce qui a été avancé par quelques auteurs, nous ne croyons donc pas qu'il faille attacher trop d'importance au traumatisme constant qui résulte de la boiterie, pour craindre l'avortement ou l'accouchement prématuré chez les femmes qui en sont atteintes.

Nous avons vu que l'une des femmes que nous avons observées dans le service de M. le Dr Pinard, à Lariboisière, avait pu malgré sa boiterie très manifeste, se rendre à pied, au huitième mois de sa grossesse, de la Normandie à Paris, sans aucun dommage.

Dans deux cas seulement les grossesses se sont compliquées d'accidents, mais ces accidents paraissaient peu en rapport avec la lésion anatomique des membres inférieurs.

Dans la première observation de Blot, il y a eu hémorrhagie au septième mois, mais cette femme avait déjà eu 6 grossesses normales.

Enfin, dans notre seconde observation du service de M. Pinard, il y avait augmentation des crises épileptiques à chaque grossesse, et bien que ces crises puissent être considérées comme provenant d'une lésion des centres nerveux ayant quelque rapport avec l'atrophie des membres, on ne peut évidemment mettre la fréquence d'apparition de ces crises sous l'influence directe des lésions observées aux membres inférieurs.

En somme, la grossesse paraît généralement suivre son cours normal et ne pas s'accompagner de complications spéciales chez les femmes atteintes d'atrophie même très marquée des membres inférieurs.

Quant à l'accouchement, sur les vingt-deux cas où il a eu lieu à terme, une *seule fois* il a donné lieu à une intervention obstétricale. Il est vrai que dans cet unique cas (obs. de Leyde) l'intervention a consisté dans une opération césarienne, mais si on étudie de près cette observation, dont la rédaction laisse d'ailleurs beaucoup à désirer au point de vue obstétrical, on est en droit de se demander s'il n'y avait pas là des lésions osseuses d'origine rachitique.

Les vingt et un autres accouchements se sont toujours terminés *spontanément*, bien que dans deux cas (obs. personnelles) on ait pu noter des vices de conformation plus ou moins marqués du bassin.

Si donc on ne doit pas à priori se préoccuper outre mesure

de la terminaison de la grossesse chez les boiteuses par suite d'atrophie des membres, il n'en est pas moins vrai que l'examen très soigneux du bassin s'impose dans ces cas aux accoucheurs.

Les suites de couches ne nous ont pas paru offrir plus de gravité que chez les femmes bien conformées.

Enfin, quant à l'état de l'enfant, il n'a jamais été noté qu'il fût atteint du moindre vice de conformation en rapport avec l'état de la mère. Il est vrai que quelques observations sont muettes au sujet de l'état du produit de la conception, mais dans les observations qui nous sont personnelles, nous avons toujours eu soin d'examiner l'enfant à sa naissance et de nous enquérir soigneusement de l'état des enfants nés précédemment et jamais nous n'avons eu à constater le moindre vice de conformation.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

10e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE BERLIN

SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE (VIIIe Section)

Comité d'organisation : M. A. MARTIN (Berlin), gérant. *Membres :* FRITSCH, GUSSEROW, HEGAR, HOFMEIER, KALTENBACH ; LÖHLEIN, OLSHAUSEN, WINCKEL.

Secrétaires : J. VEIT, WINTER, DUHRSEN, BUDIN, A. DORAN, CUSHING, PESTALOZZA, MASSIN.

Présidents d'honneur : OLHSAUSEN, PÉAN, CHRORAK, etc. (1).

(1) Le retard apporté à la *publication* de ce numéro tient à la difficulté avec laquelle nous sommes parvenus à réunir les diverses communications faites au congrès. La tâche des journalistes n'a pas été facilitée en quoi que ce soit à Berlin. Nous avons dû faire de nombreuses démarches pour arriver à donner à nos lecteurs un exposé de ce qui s'est passé dans la section gynécologique, exposé encore imparfait, mais cependant plus complet, croyons-nous, que tous les comptes rendus publiés jusqu'à ce jour.



I. — De l'antisepsie obstétricale.

M. Stadfelt (de Copenhague). — *Antisepsie obstétricale.* — L'antisepsie, convenablement dirigée, permet de faire des maisons d'accouchement des centres d'instruction sans dangers pour les accouchées. Le principe d'après lequel on joint aux maisons d'accouchement une succursale sous la surveillance des sages-femmes, est inutile, souvent même dangereux. L'introduction de l'antisepsie dans les accouchements a été très salutaire pour les nouveau-nés. Dans la pratique privée, les sages-femmes doivent tenir aseptiques leurs vêtements, leur personne et leurs appareils. Il faut recommander une propreté scrupuleuse, des antiseptiques facilement maniables et peu coûteux, de préférence l'acide phénique, et les sages-femmes ne doivent pas soigner les suites de couches quand l'accouchée est malade. Il faut veiller à ce que l'accouchée et son entourage soient aussi antiseptiques, mais il est à craindre que les injections vaginales, pratiquées par les sages-femmes, soient plus nuisibles qu'utiles.

Les sages-femmes doivent, pendant l'accouchement, pratiquer aussi peu que possible le toucher vaginal. Les cas de fièvre survenant pendant la puerpéralité doivent être signalés au médecin sanitaire, aussi bien par le médecin, quand il a fait l'accouchement, que par la sage-femme. Plusieurs cas de fièvre, survenant chez les accouchées d'une même sage-femme, nécessitent des mesures de désinfection énergiques et éventuellement une suspension de quelque temps.

Galabin (London). — Les succès de l'antisepsie obstétricale, obtenus dans les salles d'hôpital, semblent avoir suivi l'emploi du bichlorure de mercure comme désinfectant, non seulement pour les mains et les instruments, tels que les sondes, mais aussi pour les irrigations vaginales faites d'une manière courante pendant et après le travail, comme pendant la période puerpérale.

Lorsqu'on compare les résultats obtenus, il y a encore quelques années avec les autres antiseptiques tels que l'acide phénique et le permanganate de potasse, on voit qu'on en arrive dans les hôpitaux anglais aux résultats suivants.

La mortalité totale a été réduite de 10 0/00 à environ 2 0/00 et la mortalité par septicémie ou inflammation pelvienne est tombée à moins de 1,5 0/00.

Le nombre des cas dans lesquels une pyrexie légère suit la délivrance a été diminué de moitié; mais les changements les plus remarquables ont surtout trait aux fièvres qualifiées de septiques. Celles-ci sont tombées de 40 à 2,5 0/0 au *General Lying-in Hospital* de Londres.

Ces résultats superbes ont été obtenus par l'emploi de matelas de crin, sans qu'il y eut besoin de faire des dépenses considérables de couchage et de refaire les matelas après la sortie des malades. Il n'a même pas été nécessaire de désinfecter ces matelas à l'étuve, à part les cas de mort.

Il semble aujourd'hui établi que la solution de bichlorure à 1 pour 4000 est insuffisante pour les lavages vaginaux et qu'une solution à 1 pour 2000 semble nécessaire au moins pendant les trois ou quatre premiers jours. L'hydrofluosilicate de soude récemment préconisé comme antiseptique ne semble pas pouvoir supporter la comparaison avec le bichlorure de mercure.

Laissant à ses corapporteurs le soin de déterminer quel est la meilleure manière de pratiquer l'antisepsie dans les hôpitaux, Galabin désire surtout établir quelles sont les précautions à prendre dans la pratique privée. Il considère qu'au point de vue de la désinfection des mains et des instruments, il faut prendre exactement les mêmes précautions qu'à l'hôpital. Aucun examen ne doit être fait avant d'avoir désinfecté les mains dans la solution de bichlorure à 1 0/00; comme corps gras il faut employer un antiseptique puissant tel que la solution de bichlorure dans la glycérine à 1 0/00.

Galabin propose enfin de discuter la question suivante : les douches vaginales de bichlorure doivent-elles être toujours employées dans la pratique privée, alors même qu'on a affaire à des cas normaux et, si oui, faut-il en faire une ou deux seulement, ou pendant toute la période puerpérale ? A quel titre faut-il employer alors la solution ?

Le biiodure a-t-il des avantages sur le bichlorure ? Est-il possible d'établir quels ont été les profits de l'antisepsie moderne dans la pratique privée ? L'usage des antiseptiques suffit-il à prévenir la contagion dans les cas de septicémie puerpérale ?

L'accoucheur doit-il, quand il a un de ces cas, suspendre au moins momentanément sa pratique obstétricale ? L'accoucheur court-il des risques en soignant des cas d'érysipèle ou de fièvre scarlatine ?

Quant à lui, Galabin pense que dans les accouchements nor-

maux, une seule douche vaginale de sublimé à 1 pour 2000 après la délivrance est suffisante, mais que les irrigations vaginales à 1 pour 5000 doivent être pratiquées pendant toute la période obstétricale. Après les opérations obstétricales sérieuses, ou quand survient de la fièvre, on doit avoir recours pendant quatre jours au moins aux irrigations vaginales à 1 pour 2000.

En terminant, Galabin déclare que l'élément le plus important en antisepsie dans la pratique privée est une désinfection réelle des mains de l'accoucheur et de la garde.

Fritsch (Breslau). — Chez les accouchées bien portantes, il n'y a lieu de faire aucun traitement vaginal. Dans les cas de fièvre légère, on se bornera à une surveillance très rigoureuse. Dans les cas de fièvre forte, on fera des injections intra-utérines. (Cette communication paraîtra *in extenso* dans le prochain numéro.)

II. — De l'hystérectomie vaginale.

M. Williams (Londres). — *Indication de l'extirpation vaginale de l'utérus dans les cas de cancer de cet organe.* — En ce qui concerne les indications de l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus, on doit distinguer les 3 catégories de faits suivants:

A. Cancer du corps ; B. cancer du col ; C. cancer de la portion vaginale du col. — A. Dans le cancer du corps de l'utérus les indications dépendent : 1° du volume de l'organe ; 2° de la mobilité de l'utérus et de l'importance des adhérences ; 3° de l'extension de la maladie aux parties voisines. — B et C. En ce qui concerne le cancer du col et en particulier le cancer de la portion vaginale, tout dépend de l'état anatomo-pathologique de l'utérus et de l'état général de la malade. 1° Pour ce qui a trait à l'état pathologique de l'utérus, il faut d'abord tenir compte de l'âge du cancer, de son point d'origine, de la direction suivie par le processus néoplasique, de la façon dont il progresse, etc. 2° S'il y a à la fois cancer du col et cancer du corps, on devra se rendre compte aussi du degré d'extension des lésions, de la façon dont ont débuté les deux localisations du cancer.

M. Schauta (Prague).— L'indication capitale de l'extirpation vaginale de l'utérus est le cancer de l'utérus. Peuvent être opérés tous les cas de cancer de l'utérus diagnostiquables, qu'il s'agisse d'un

cancer du corps du col, ou d'une portion quelconque de l'utérus. Les amputations partielles doivent être rejetées dans les cas opérables d'une façon radicale. — L'extension du néoplasme en profondeur constitue un des éléments essentiels du diagnostic opératoire. Il faut éviter l'opération dans les cas où la malade ne pourrait recouvrer sa santé sans courir des risques trop considérables. L'envahissement en surface, aussi bien par en haut que par en bas, même jusqu'aux insertions du vagin sur le col, n'est pas une contre-indication à l'opération, pas plus d'ailleurs que la propagation à la vessie ou au rectum ; le seul élément dont il faille tenir compte est le degré d'envahissement de ces divers organes. Pour établir le diagnostic entre une infiltration carcinomateuse du paramètre et une lésion de nature inflammatoire, l'examen sous le chloroforme par la voie rectale et le curettage de la masse cancéreuse ont une grande valeur. En outre des néoformations de mauvaise nature, les autres indications de l'hystérectomie vaginale totale, sont, au moins dans certaines circonstances, le prolapsus de l'utérus, les myômes utérins et l'*endométrite glanduleuse récidivante*.

S. Pozzi (de Paris). — *Sur quelques points contestés relatifs à la technique de l'hystérectomie vaginale.*

Au point de vue des indications :

1. On doit extirper la totalité de l'utérus dès qu'on a constaté la nature cancéreuse de l'altération du col. L'opération donne d'autant plus de chances de réussite immédiate et de longue survie qu'elle a été plus précoce.

2. L'hystérectomie n'est pas plus grave que l'amputation élevée du col (supra-vaginale). C'est une opération préférable, car il est impossible par l'examen clinique d'affirmer que le mal n'a pas dépassé les limites supérieures du col.

3. L'opération sera réservée aux cas où les limites de l'utérus n'ont pas été franchies. Après ce moment, les récidives sont très rapides, et le traitement palliatif (curage et cautérisation ignée) doit être alors adopté.

Au point de vue de la technique opératoire :

1. Il vaut mieux s'abstenir de faire basculer l'utérus, pour éviter l'infection de la plaie par le col utérin renversé et la rupture des trompes qui peuvent être malades.

2. La ligature préalable progressive des tissus, par petites masses, est préférable à la forcipressure. L'emploi des pinces à demeure

doit être un procédé de *nécessité*, exceptionnel, et non un procédé de *choix*, constant et systématique.

Le pincement en masse des ligaments larges expose à la blessure primitive de la vessie et de l'uretère (Richelot), du rectum (Duplouy, Küster, Vrobleski) ; tardivement, il expose à l'ulcération de l'intestin, à l'hémorrhagie secondaire (Coe), à l'occlusion intestinale (Coe), à la suppuration prolongée (Etheridge). Cette manœuvre rétrécit le champ opératoire et met un obstacle à l'ablation des annexes qui peut être nécessaire (pyosalpinx). Enfin, en mortifiant les parties de tissu pincées, elle s'oppose à une exacte antisepsie.

3. Il faut toujours explorer les annexes, après l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, et après l'extirpation de l'utérus. Si elles sont altérées (salpingite, altération kystique des ovaires), on doit les enlever, en dernier lieu.

Dans les cas où les annexes sont saines, on peut les laisser en place sans danger (Grammatikati, Glävecke), ce qui simplifie l'opération.

4. La résection des ligaments larges après cathétérisme préalable des uretères (Pawlik) ne saurait être adoptée comme méthode générale : *a*) parce qu'elle complique beaucoup la technique opératoire ; *b*) parce que, si les ligaments larges sont envahis, c'est une précaution insuffisante, et que, si les ligaments ne sont pas envahis, elle est illusoire.

5. Au lieu de suturer entièrement la plaie vaginale, il est préférable de la rétrécir simplement, et de drainer le cul-de-sac de Douglas avec une bandelette de gaze iodoformée.

M. Péan. — *Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale totale par morcellement.* — L'utérus, quand ses lésions n'occupent pas un grand volume, quand il a conservé sa mobilité et sa consistance, peut être extirpé très rapidement, grâce au pincement préventif des vaisseaux qui occupent ses parties latérales. Cette opération ne nécessite aucune ligature. Mais dans le cas où son tissu est ramolli par le processus inflammatoire, lorsqu'il est infiltré de pus ou lorsqu'une dégénérescence a altéré sa consistance, à plus forte raison quand il est le siège de tumeurs dont le volume atteint ou dépasse celui d'une tête de fœtus à terme, il est indispensable de le *morceler* pour en faire l'ablation.

Voici comment nous procédons dans ces cas : La malade, anesthésiée, est couchée sur le côté gauche, la vessie et le rectum ayant

été préalablement vidés et la vulve rasée. La cavité vaginale étant rendue aseptique et toutes les précautions antiseptiques ayant été prises du reste, deux aides, placés de chaque côté de la malade, maintiennent le vagin largement ouvert, au moyen de quatre valves coudées à angle droit.

L'opération, en elle-même, comprend les temps suivants : 1° l'abaissement et la dissection du col ; 2° l'hémostase des ligaments larges au moyen de pinces ; 3° l'ablation du col ; 4° le morcellement et l'ablation du corps de l'utérus.

1° L'abaissement du col est fait au moyen de pinces dentées. Avec des ciseaux droits et le bistouri on le sépare des tissus environnants, en remontant jusqu'au corps exclusivement. Cette dissection est faite sur toute la périphérie, de manière à séparer complètement l'utérus de ses insertions vaginales ; elle entraîne nécessairement l'ouverture du péritoine.

2° L'hémostase des ligaments larges est faite à ce moment. On saisit avec des pinces à longs mors, et en les plaçant aussi haut que possible, les deux ligaments larges, près de l'utérus. Si les pinces ont des mors assez longs et si elles ont été bien fixées, on peut être certain qu'il ne s'écoulera pas de sang.

3° Pour extraire le col, après cette hémostase préventive, on le maintient abaissé au moyen d'une pince à dents tenue de la main gauche, pendant que la main droite, armée d'un bistouri droit, incise les parties latérales du col, de l'intérieur vers l'extérieur, dans toute leur hauteur. On résèque ensuite les deux moitiés du col utérin au moyen de ciseaux courbes ou du bistouri sans perdre de sang. Si un vaisseau venait à saigner par exception, il suffirait d'appliquer une pince hémostatique.

4° On incise ensuite le corps comme on a incisé le col, c'est-à-dire sur les parties latérales, et de dedans en dehors. On a divisé ainsi le corps utérin en deux moitiés, antérieure et postérieure. On saisit les deux moitiés l'une après l'autre, au moyen d'une forte pince à dents ; on abaisse d'abord la moitié antérieure dont on opère le morcellement, c'est-à-dire le fractionnement, en même temps qu'on morcelle la tumeur, s'il en existe une ; on agit de même avec la moitié postérieure, jusqu'à ce qu'on aperçoive le fond de l'utérus. Dans certains cas, on est forcé de commencer par la moitié postérieure.

Lorsqu'on aperçoit le fond, il faut compléter l'hémostase des

ligaments larges dont la partie supérieure est devenue accessible à la vue. On saisit alors ces ligaments avec de nouvelles pinces droites ou courbes, de telle sorte que l'hémostase préventive des ligaments larges est faite en deux ou trois temps : 1° pour l'incision des parties latérales de l'utérus ; 2° pour l'excision du fond. L'opérateur n'ayant plus à craindre d'hémorrhagie, excise le fond de l'utérus en continuant le morcellement. Cette opération se termine rapidement, sans aucune difficulté, quels que soient la friabilité du tissu utérin, la dureté des adhérences et le volume des productions morbides contenues dans l'utérus. Dans les cas où les ovaires et les trompes de Fallope sont suffisamment altérées on en fait l'ablation. On les attire en bas, on place une ou plusieurs pinces à long mors au-dessous et en dehors de ces organes, de manière à saisir tous les vaisseaux qu'ils reçoivent, et on résèque le long du bord interne de la pince. Le pansement et les soins consécutifs doivent appeler toute l'attention du chirurgien.

L'utérus enlevé, la voie tracée est assez large pour permettre de faire une toilette minutieuse du péritoine et de le débarrasser des débris qui peuvent y être restés adhérents. On fait soigneusement l'antisepsie du champ opératoire et des parties voisines ; on met une sonde à demeure dans la vessie, et on remplit le vagin de petites éponges antiseptiques remplies d'iodoforme et pourvues d'un fil résistant qui servira à les retirer.

Les pinces hémostatiques placées sur les ligaments larges doivent rester en place pendant 48 heures. Au bout de ce temps, on enlève les éponges et on retire les pinces en les ouvrant lentement et sans secousses. Nous n'avons jamais observé d'hémorrhagies au moment où l'on retire les pinces.

A partir de ce moment, il suffit de faire des lavages, trois fois par jour, avec une solution de sublimé.

Généralement les malades se lèvent le dixième jour et peuvent être considérées comme guéries le quinzième sans crainte d'accidents. Sur 60 malades ayant subi l'hystérectomie vaginale totale pour inflammations, suppurations ou adhérences nous avons eu 60 succès. Nous en avons obtenu 98 0/0 sur 200 malades ayant subi l'hystérectomie pour myôme.

Telle est la méthode du morcellement que nous appliquons depuis environ douze ans, à l'hystérectomie vaginale totale. C'est cette même méthode que nous avons proposée, il y a plus de trente

ans, pour l'ablation des tumeurs profondément situées, ou qui ont des rapports intimes avec des organes importants, qu'il est indispensable de ménager. Au moyen de cette méthode qui nous permet d'agrandir le champ opératoire, nous avons pu enlever des tumeurs réputées jusqu'alors inopérables.

De ce qui précède, nous concluons : 1° Quand il s'agit d'une tumeur épithéliale du col, on peut extirper par fragments le col dégénéré, avant d'abaisser et d'exciser le corps de l'utérus, de telle sorte que le péritoine ne soit pas sali par les débris ; 2° si le corps de l'utérus est envahi par un carcinome, on doit réséquer d'abord le col, puis on morcelle le corps utérin avec le produit pathologiqne, quelle que soit sa friabilité ; 3° dans les cas où l'utérus est ramolli ou détruit en partie par la suppuration, même s'il est rattaché aux organes voisins par de fortes adhérences, son ablation est facile ; 4° il n'en est pas de même quand l'utérus est le siège de myômes du volume d'une tête de fœtus à terme ; 5° l'ablation de l'utérus se fait constamment sans ligatures et sans hémorrhagies ; 6° l'hystérectomie doit être préférée à la castration tubo-ovarienne dans le traitement chirurgical des névralgies et des suppurations de l'utérus et de ses annexes, étant donnés les succès obtenus par notre méthode de morcellement ; 7° elle mérite également la préférence toutes les fois qu'il s'agit d'intervenir chirurgicalement contre les myômes du corps de l'utérus du volume d'une tête de fœtus à terme, attendu qu'elle donne des guérisons bien autrement complètes que la castration tubo-ovarienne, qui expose les malades à la récidive et à des éventrations consécutives.

M. Olshausen (Berlin). — L'extirpation vaginale totale de l'utérus dans le cancer de cet organe et dans quelques cas rares d'autres affections utérines constitue une opération excellente qui ne doit pas disparaître du domaine des opérations de la chirurgie gynécologique. Elle est actuellement employée dans un très petit nombre de cas, par suite de l'époque tardive où le diagnostic de carcinome a été posé. Les résultats immédiats diffèrent suivant l'étendue que l'on donne aux contre-indications ; mais même en opérant assez largement la mortalité ne dépasse pas 10 à 15 pour cent.

Il va sans dire que les guérisons durables ont été peu fréquentes. Mais si l'on fait un diagnostic précoce et si l'on opère de même, on obtient de bien meilleurs résultats que jadis. En tous cas les opérées non radicalement guéries après l'opération, ont en

général beaucoup moins de douleurs que les personnes qui n'ont pas été opérées. D'autre part les hémorrhagies et les pertes diminuent; mais il y a des exceptions. La récidive se produit rarement dans le vagin, mais plutôt dans les ligaments larges et les organes du petit bassin. Comme technique opératoire, l'extirpation par le vagin est dans la plupart des cas la meilleure opération. Elle ne peut être remplacée par l'incision périnéale. Ce n'est que dans quelques cas et surtout lorsqu'il y a propagation au vagin que l'incision périnéale par la méthode de Zuckerkandl pourrait être préférée.

Olshausen préconise les règles suivantes pour l'hystérectomie vaginale totale: désinfection préalable complète du carcinome; incision aussi large que possible autour du cancer dans le vagin; dégagement rapide et oblique du col; faire le moins possible de ligatures de vaisseaux. Ouverture de la cavité de Douglas avant de placer la première ligature en masse sur le premier des ligaments larges auquel on s'attaque, quand on est dans la cavité de Douglas. Le côté où les lésions sont le plus étendues doit être détaché le dernier. Après avoir enlevé l'utérus, on ferme le péritoine et le vagin par une suture. Emploi exclusif du catgut et refoulement en haut des deux pédicules. En procédant ainsi la guérison se fait de la façon la plus simple et presque toujours par première intention.

M. Léopold Landau (Berlin). — Avant de traiter des indications de l'extirpation totale de l'utérus, je voudrais dire quelques mots sur la technique de cette opération; d'ailleurs, la question des indications est sous la dépendance intime des perfectionnements apportés au manuel opératoire de cette opération. A mon avis, il importe peu qu'on discute pour savoir si l'on emploiera la suture et la ligature, d'après le procédé de Czerny, ou si l'on fera en sorte d'utiliser les modifications indiquées par Fritsch, Martin et bien d'autres; je crois bien plus important d'attirer l'attention sur la méthode française ou méthode des pinces à demeure (forcipressure), qui a été introduite en chirurgie par notre distingué président, M. le Dr Péan, et qui a été surtout employée dans l'hystérectomie vaginale par M. Richelot. Cette méthode en effet a une notable importance quand il s'agit de discuter les indications de l'intervention, car, à mon avis, elle élargit notablement le domaine de l'hystérectomie par la voie vaginale. En Allemagne, la forci-

pressure appliquée à cette opération, n'a eu aucun retentissement ; du moins, je ne connais sur ce sujet aucune publication chez nous, et je pense être le seul à avoir utilisé ce procédé en Allemagne. Pour ces raisons, je crois qu'il ne faut tenir aucun compte des objections théoriques formulées chez nous par des auteurs qui n'ont pas pratiqué, suivant les règles indiquées, cette opération. Ainsi, je suis obligé de contredire M. le rapporteur, qui pense que la forcipressure ne vaut pas la ligature, et qui dit qu'avec la forcipressure, on n'atteint pas autant de ligament large, sur les côtés de l'utérus, qu'avec la ligature. C'est le contraire qui est la vérité. Il m'est arrivé, en plaçant bien les pinces, d'accomplir ce que je n'aurais jamais pu faire avec les ligatures, et cela dans des circonstances telles que je considère la forcipressure comme une méthode qui rend l'opération praticable dans des cas où la ligature serait très difficile ; ce procédé élargit donc, comme je le disais à l'instant, le domaine des indications. On peut extirper un utérus *mobile*, comme on le veut, par n'importe quelle méthode, cela n'est pas douteux. Mais, quand il s'agit d'utérus *immobile*, et surtout d'un utérus fixé par des lésions inflammatoires, ou de l'infiltration carcinomateuse, comme celui que je vous montre (je l'ai extirpé récemment en 6 minutes 1/2 devant MM. Williams (Londres), E. Fraenkel (Breslau), etc., et que deux de mes collègues fort autorisés, avaient considéré comme impossible à enlever en raison de la fixation et de l'infiltration des ligaments larges), on ne peut arriver à un bon résultat que par la méthode des pinces. Si j'insiste sur le peu de durée de l'opération, ce n'est pas que je considère cette donnée comme capitale ; pourtant on avouera qu'il y a une grande différence entre une opération qui dure une heure ou une opération qui n'exige qu'une narcose de 10 minutes. Je n'insiste pas non plus sur l'énorme économie de sang que l'on fait. Je ne crois pas davantage qu'on doive préconiser cette opération dans tous les cas de carcinomes utérins inopérables par la méthode des ligatures. Je constate seulement que ce procédé permet de reculer les limites de l'opération et nous oblige à opérer des malades que nous aurions dû abandonner à elles-mêmes, si nous n'avions eu à notre disposition que les ligatures.

On a fait remarquer en outre, pour nous empêcher d'opérer dans ces cas, que la bonne chirurgie exigeait que l'opération portât en plein tissu sain et que, dans les cas où les pinces seules seraient

à employer, l'on devait se borner à des grattages, des cautérisations chimiques ou des pointes de feu.

Mais, puisqu'il ne faut point dans ces cas songer à la guérison du cancer, je considère comme plus avantageux d'enlever en une seule fois par l'extirpation de l'utérus tous les tissus carcinomateux qui menacent de s'éliminer peu à peu par le processus nécrobiotique connu, plutôt que de les enlever peu à peu par différents moyens n'agissant qu'incomplètement à chaque intervention. Vous voyez que j'envisage ici l'extirpation de l'utérus comme un moyen de traitement palliatif du cancer et, à mon avis, cette manière de voir en vaut bien une autre. D'ailleurs j'ai constaté que le carcinome, à la guérison radicale duquel je ne crois guère quand il présente déjà une grande extension, peut rester 2 ans 1/2 sans récidives, quand on le traite ainsi ; peut-être même pourrait-il guérir !

Les façons dont on obtient la guérison dans les 2 méthodes est la même pour les opérées; en effet, les douleurs qui suivent l'application des pinces et persistent pendant leur séjour peuvent être réduites à un minimum presque insignifiant, quand on a acquis une notable expérience de la forcipressure. Puis, quand les pinces sont enlevées, — ce qui se fait dans le lit, — qu'on ait fait des ligatures ou employé la méthode des pinces à demeure, la guérison survient de la même manière. Je puis d'autant mieux apprécier la valeur de la forcipressure que j'ai moi-même fait toute une série d'opérations en me servant des ligatures.

J'ai perdu seulement trois malades sur 35 opérées d'hystérectomie vaginale par la méthode des pinces; l'une a succombé à un *coma diabétique*, une autre à l'*infection*, une autre enfin, à l'*iléus*. Je ne dirai rien ici des résultats définitifs que j'ai obtenus, voulant me borner à signaler la technique opératoire que j'emploie désormais.

M. MARTIN (Berlin). — Je conseille l'hystérectomie vaginale pour toutes les maladies de l'utérus impossibles à guérir par les moyens ordinaires, par exemple les métrites hémorrhagiques qui résistent à tous les traitements. Je ferme toujours avec soin la cavité péritonéale après avoir lié les ligaments larges.

M. SAJAJZKY (Moscou) a cité 65 cas d'hystérectomie vaginale opérés par lui et à ce propos a fait connaître la statistique de cette opération en Russie.

M. PÉAN. — Avant de lever la séance où a été discutée la ques-

tion de l'hystérectomie vaginale, M. Péan, qui la présidait, a tenu à remercier la section de l'honneur qu'elle a fait à la gynécologie française en le nommant président pour une séance où une opération si importante était discutée. Il faut bien le reconnaître dans cette section de gynécologie et d'obstétrique où sont inscrits tant de membres éminents, c'est la gynécologie qui a, la première, fait de grands progrès et montré la route à la chirurgie générale.

C'est elle qui nous a obligés à faire plus attentivement l'asepsie et l'antisepsie, à pincer avec soin les artères, à isoler les opérées, etc. Ces méthodes ont été ensuite appliquées avec un grand bénéfice à la chirurgie générale. M. Péan a alors déclaré la discussion close et a remercié à nouveau l'assemblée.

III. — Indications et méthodes opératoires de l'accouchement prématuré artificiel.

M. Calderini (Parme). — Les conclusions déposées par l'auteur ont été les suivantes : 1. Dans l'intérêt de l'enfant on doit abandonner la provocation de l'accouchement artificiel au-dessous de 7c 1/2 dans les bassins rachitiques. — 2. Dans les bassins rétrécis, non rachitiques, les précautions antiseptiques permettent de provoquer l'accouchement prématuré artificiel jusqu'à 8c 1/2 et même davantage dans certains cas. — 3. La mortalité des enfants nés vivants, à la suite de l'accouchement prématuré artificiel, peut être diminuée avec des soins spéciaux. — 4. Les précautions antiseptiques ont fait de l'accouchement prématuré artificiel une grande ressource thérapeutique dans beaucoup de maladies compliquant la grossesse. — 5. Les méthodes les meilleures pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel sont pour les bassins rétrécis, les douches chaudes avec l'irrigation ordinaire, à travers le spéculum de Fergusson et l'introduction d'une bougie pleine jusqu'au fond de l'utérus. Il est souvent convenable d'associer la ponction des membranes avec les méthodes sus-indiquées.

Le résultat des différentes méthodes opératoires employées en Italie dans les rétrécissements du bassin serait le suivant, d'après des statistiques récentes : La version pratiquée 65 fois aurait occasionné 3 fois la mort de la femme et 21 fois la mort de l'enfant : soit 4,30 0/0 de mort pour la mère et 32,30 0/0 de mort pour l'enfant. Dans 193 cas de forceps au détroit supérieur, on a eu à enre-

gistrer la mort de 14 femmes et de 45 enfants, soit 7,25 0/0 de mort et 23,31 0/0. La perforation avec 144 cas fournit 20 morts, soit 13,88 0/0 de mortalité pour la mère.

L'opération de Porro pratiquée 59 fois a été suivie 19 fois de la mort de la mère et 9 fois de la mort de l'enfant, ce qui donne une proportion de 32,20 et 15,51 0/0 de mortalité, tandis que l'opération de Sänger a donné 10 morts de femmes et 2 d'enfants pour 23 cas, soit une proportion de 43,47 et 8,69 0/0.

Pour 305 cas d'accouchement prématuré artificiel il y a eu 14 décès pour les mères et 82 pour l'enfant, soit 4,59 et 26,88 de mortalité. Quant à la symphyséotomie, elle donne une proportion de 13,04 et 21,74 fournie par 3 décès de la mère et 5 de l'enfant sur 23 cas.

La mortalité des femmes semble croître de la version à l'accouchement prématuré artificiel, la symphyséotomie, au forceps, à la perforation crânienne, à l'opération de Porro et à celle de Sänger. La mortalité de l'enfant, au moment de l'accouchement, croît au contraire de l'opération de Sänger à celle de Porro, à la symphyséotomie, au forceps, à l'accouchement prématuré artificiel et à la version. Par suite les opérations qui doivent avoir la préférence dans les rétrécissements du bassin sont donc l'accouchement prématuré au-dessus de 75 millim., si la femme se présente à temps et la version, de préférence la version bipolaire, au terme de la grossesse.

Dans l'intérêt de l'enfant on devrait préférer l'opération césarienne; mais la mortalité des femmes est encore trop grande pour qu'on doive lui donner la préférence, dans les cas où sont praticables l'accouchement prématuré artificiel, la version ou le forceps, dont les résultats peuvent d'ailleurs s'améliorer encore.

M. Le D[r] Dohrn (Kœnigsberg), corapporteur. — J'ai, pour ma part, pratiqué l'accouchement prématuré artificiel chez 76 femmes. En réunissant ces cas à ceux des autres accoucheurs allemands, j'obtiens un total de 318 accouchements prématurés artificiels avec une mortalité de mères de 5 0/0 et une proportion de 60 0/0 d'enfants conservés vivants. Ces résultats peuvent certainement être encore améliorés par une antisepsie rigoureuse et la détermination exacte des dimensions du bassin et du fœtus; mais il sont d'ores et déjà bien supérieurs à ceux de la crâniotomie et de l'opération césarienne. En effet, la première sacrifie l'enfant et donne, en outre, une mortalité plus élevée (5,6 0/0 dans les cliniques de Berlin, de

Halle et de Leipzig). Quant à la seconde, il est vrai qu'elle conserve la vie à 87 0/0 des enfants, mais la différence entre ce chiffre et celui de 60 0/0 pour l'accouchement prématuré artificiel n'est pas assez considérable pour compenser la plus grande mortalité de l'opération césarienne, qui est d'environ 8,6 0/0 (Léopold).

J'estime donc que l'accouchement prématuré artificiel est préférable à l'opération césarienne et à la crâniotomie, et qu'il est indiqué dans les bassins rétrécis (7 à 8 centimètres).

IV. — **Du courant galvanique constant en gynécologie.**

M. Apostoli (Paris). — Le courant galvanique constant trouve son indication principale en gynécologie dans l'endométrite et le fibrome; souverain contre les troubles circulatoires et douloureux (aménorrhée, dysménorrhée et métrorrhagie), il est d'un puissant secours pour arrêter l'évolution des néoplasmes bénins et aider à la résorption des exsudats péri-utérins. Il exerce une action résolutive très salutaire dans beaucoup de phlegmasies péri-utérines et dans certaines ovaro-salpingites catarrhales; mais il est inefficace et même nuisible à haute dose, surtout si le pôle intra-utérin est négatif, contre les phlegmasies suppurées des annexes.

Son intolérance variable, qui grandira avec l'état inflammatoire des annexes, devra servir de précieux moyen de diagnostic pour nous fixer sur l'existence et la nature des collections liquides (hématiques ou suppurées) péri-utérines, méconnues, ou simplement soupçonnées, et devra servir à précipiter, dans ce cas, une intervention chirurgicale retardée ou refusée.

Les applications galvaniques élevées, employées d'une façon variable, au-dessus de 50 milliampères, suivant la tolérance des malades et les multiples indications cliniques, forment la base fondamentale de la méthode d'Apostoli.

Si l'application vaginale du courant galvanique (qui est la méthode créée par M. Chéron pour les fibromes seulement, et appliquée depuis par A. Martin, Brachet, Ménière, Onimus, Carpenter, Mundé, etc.) donne des résultats, ils sont très inférieurs à ceux des applications *intra-utérines* qui doivent rester la *méthode de choix*.

a. — Parce qu'elle utilise avant tout le maximum du courant débité et de son énergie.

b. — Parce qu'elle utilise l'action antiseptique du pôle positif

qui est toute locale, et qui s'éteint dans le circuit interpolaire, et au niveau du pôle négatif.

c. — Parce qu'elle met souvent à contribution l'action dérivative et caustique de l'application intra-utérine, traitant ainsi du même coup, soit l'endométrite simple, soit l'endométrite qui complique si souvent et les fibromes et les phlegmasies péri-utérines, assurant ainsi une guérison plus rapide, plus complète et plus permanente.

d. — Parce qu'elle permet mieux que les applications vaginales d'atténuer la douleur et de rendre plus tolérables l'emploi des hautes doses, et qu'elle assure enfin une efficacité plus grande en rendant possible un accroissement de l'intensité appliquée et de l'irrigation sanguine qu'elle entraîne.

L'innocuité de sa thérapeutique intra-utérine s'affirme : d'abord par l'innocuité parallèle des méthodes chimiques et sanglantes de curage intra-utérin, et surtout par les chiffres des statistiques recueillis dans le monde entier, et en particulier par la sienne. — De juillet 1882 à juillet 1890, il a fait 11,499 applications galvaniques qui se répartissent ainsi : — 8,177 galvano-caustiques intra-utérines positives; 2,486 galvano-caustiques intra-utérines négatives; 222 galvano-punctures vaginales positives; 614 galvano-punctures vaginales négatives.

Il a traité 912 malades comprenant : 531 fibromes, 133 endométrites simples et 248 endométrites compliquées de phlegmasies péri-utérines et qui se divisent en :

Clinique : 313 fibromes, 70 endométrites simples, 163 endométrites compliquées de phlegmasies péri-utérines.

Cabinet ou ville : 218 fibromes, 63 endométrites simples, 85 endométrites compliquées.

Il a eu trois décès, imputables à des fautes opératoires (deux galvano-punctures, dont une pour fibrome sous-péritonéal, et l'autre pour une ovaro-salpingite; une galvano caustique pour un kyste de l'ovaire pris pour un fibrome).

Il a observé 30 cas de grossesses survenues après des applications galvaniques intra-utérines.

Traitement de l'ostéomalacie.

M. Truzzi (Milan) lit deux observations d'*ostéomalacie traitée par la castration.*

1er cas : Femme de 27 ans, de Milan, ayant depuis une première grossesse des douleurs ostéomalaciques ; à la seconde grossesse, le bassin s'est rétréci, et l'accouchement est devenu nécessaire. La maladie progresse. Salpingo-oophorectomie double. On ne trouve pas d'altération des annexes. Les douleurs se sont rapidement amoindries ; aujourd'hui elles ont disparu, et la maladie ne fait plus de progrès ; les déformations ne s'accentuent pas.

2e cas. Ostéomalacie non puerpérale ; femme de 34 ans, très affaiblie. Douleurs ostéomalaciques. Diminution de la taille ; amaigrissement ; mouvements impossibles. Scoliose dorsale droite ; déformation du bassin. On fait l'ovaro-salpingectomie bilatérale. Pas d'altération visible des annexes ; cependant, l'ovaire gauche pesait 13 grammes, et était un peu épaissi. On trouva dans son intérieur un petit foyer de sarcome. Suites opératoires régulières. Amélioration très notable. L'interprétation de ces faits reste toujours fort obscure.

Discussion. — M. Fehling (Bâle) ; M. Loehlein ; M. Winckel.

M. Marocco (Rome) a vu le rachitisme guérir, par le courant galvanique. Comme l'ostéomalacie et le rachitisme sont deux maladies connexes et très analogues, constituant toutes deux des maladies générales du tissu osseux, peut-être devrait-on essayer le courant galvanique dans l'ostéomalacie. Il conseille à ses collègues de tenter ce mode de traitement avant d'opérer.

Pelvimétrie.

M. Skutsch (Iéna) présente deux pelvimètres destinés à calculer les dimensions du bassin.

M. Budin dit à ce propos quelques mots sur les mensurations du bassin et en particulier sur la mensuration du diamètre transverse. Les instruments de M. Skutsch sont ingénieux, mais paraissent rappeler beaucoup ceux de Van Huevel et de Depaul ; pour la mensuration interne du bassin on a, en France, depuis 1875, un pelvimètre qui permet d'avoir des appréciations non pas à un centimètre, mais à un millimètre près. Les méthodes auxquelles a recours M. Skustch sont surtout des méthodes indirectes, les méthodes directes seraient certainement préférables. Malheureusement, quand on sort du domaine de la théorie pour entrer sur le terrain pratique les choses ne sont pas aussi simples. Dès qu'on appuie avec l'extrémité du doigt et surtout avec l'extrémité d'un

instrument métallique sur la paroi osseuse interne du bassin recouverte de parties molles, on détermine des douleurs qui sont parfois très vives. Pour bien faire la mensuration instrumentale, souvent il faut que la personne soit anesthésiée, mais pour employer le chloroforme il doit y avoir nécessité.

La mensuration du diamètre transverse du détroit supérieur, si rarement faite, peut cependant rendre des services. M. Budin y a eu recours dans plusieurs circonstances, en particulier en 1878, chez une femme dont le bassin était très rétréci et qui voulait qu'on pratiquât chez elle l'avortement, comme cela avait déjà été fait une première fois. Le diamètre antéro-postérieur et le diamètre transverse du détroit supérieur furent mesurés directement la femme étant anesthésiée. Ces deux dimensions étant tracées sur le papier, on établit approximativement à l'aide des renseignements fournis par le toucher, la forme de l'ouverture pelvienne.

Cette ouverture doit laisser passer la masse plastique et plus ou moins réductible de la tête fœtale : quand elle est dessinée sur le papier, on peut, avec un mètre en étoffe, mesurer la longueur de son pourtour, se reportant alors à la circonférence moyenne de la tête aux différents âges de la vie intra-utérine, apprécier à quel terme de la grossesse on peut faire l'accouchement prématuré ; dans le cas auquel il fait allusion plus haut, M. Budin provoqua l'accouchement prématuré le 7e mois, l'expulsion eut lieu rapidement ; malheureusement la malade ne fut pas assez surveillée par la personne chargée de ce soin, et l'enfant vint mort. L'accouchement spontané avait prouvé que les mensurations avaient donné des résultats suffisamment exacts. La mensuration directe du diamètre antéro-postérieur avec l'instrument de Crouzat, par exemple, peut donc rendre de grands services. On arrivera peut-être dans cette voie, à des résultats pratiques.

Des résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus.

M. Bouilly (Paris). — Il m'a paru intéressant de connaître et de communiquer les résultats éloignés d'une opération entrée depuis quelques années dans la pratique gynécologique courante. Cette recherche est la meilleure manière de savoir dans quelle mesure nous rendons service à nos opérées ; elle nous fournit la justification de notre intervention et représente le mode le plus sûr d'appréciation des indications opératoires. Le chirurgien qui peut

[illegible] les comparer le passé avec le présent possède de [illegible] documents d'après lesquels il a le droit de se guider dans [illegible] statistique personnelle de ce genre, même petite, [illegible] rigoureusement exacte, vaut mieux pour son éducation que [illegible] de longues colonnes de chiffres empruntés à des temps [illegible] des auteurs différents. C'est une statistique de ce genre que [illegible] l'honneur de soumettre au Congrès.

Pour bien limiter le sujet et ne pas aborder un ensemble de faits déjà connus, je laisserai de côté tout ce qui a trait à l'ablation des kystes de l'ovaire proprement dits. L'accord est parfait sur la conduite à tenir en pareil cas et sur l'excellence des résultats immédiats et éloignés. Je dois me borner ici à l'étude des résultats [illegible] par l'ablation des ovaires et des trompes atteints de [illegible] inflammatoires, d'origine le plus souvent septique, et présentant une symptomatologie variable suivant la nature, le siège [illegible] évolution de ces lésions. J'étudierai aussi les résultats fournis [illegible] castration appliquée au traitement des fibromes de l'utérus, [illegible] castration pouvant porter sur des organes sains ou malades.

Les faits que j'ai observés, et sur lesquels est basé ce travail, [illegible] compris dans une période de 3 ans, de 1887 à 1890 ; les opé[illegible] pratiquées depuis le commencement de cette année jusqu'à [illegible] sont trop récentes pour figurer dans l'étude actuelle. Dans [illegible] ensemble, les faits sont au nombre de 51, mais les résultats [illegible] être fournis que sur 45 faits bien établis, plusieurs mala[illegible] ayant succombé aux suites immédiates de l'opération, d'autres [illegible] retrouvées. Je puis fournir comme absolument [illegible] définitives les observations prolongées de ces

[illegible]

[illegible] lésions, aussi bien que la différence des résultats [illegible] nécessite tout d'abord une classification des faits [illegible] me permettent d'établir de la façon sui-

[illegible] salpingites et ovarites suppurées ;

[illegible] et interstitielles avec leurs sous-varié-

[illegible] salpingites.

[illegible] kystique avec péri-ovarite.

[illegible] partie, je fournirai les résultats don-

[illegible] annexes dans le traitement des fibromes

[illegible] remarquer que toute classification

de ce genre est forcément artificielle et incomplète. Dans nombre de cas, les lésions de l'ovaire et de la trompe sont associées ou existent à des degrés variables d'un côté à l'autre ou du même côté ; en outre, leur propagation au péritoine joue un rôle important dans la symptomatologie, qu'on ne saurait faire apprécier dans l'étude de l'anatomie pathologique. On est donc obligé de classer les lésions d'après l'organe le plus atteint ou d'après leur degré le plus accentué pour ne pas charger la dénomination des faits. Tout gynécologiste saura bien faire la part des choses.

J'ai pu et je peux encore suivre 28 malades opérées depuis plusieurs années de salpingites ou ovarites suppurées et de salpingites catarrhales ou interstitielles compliquées ou non de lésions des ovaires. Les salpingites ou ovarites purulentes comprennent des cas dans lesquels le pus a toujours été reconnu macroscopiquement, où la suppuration a varié depuis quelques grammes jusqu'à un litre et plus avec tous les intermédiaires. Les poches purulentes n'ont pas été simplement ouvertes et divisées ; elles ont toujours été enlevées après décortication et pédiculisation, souvent après rupture de la paroi et effusion du pus dans l'abdomen.

L'intervention en pareil cas nécessite les manœuvres abdominales les plus complexes, les plus difficiles et les plus périlleuses. En revanche, les quelques revers donnés par cette opération sont largement compensés par les résultats définitifs consécutifs aux succès bien plus nombreux que les échecs. Sur 28 malades opérées dans ces conditions, j'ai des notes précises et récentes sur 24 régulièrement observées et suivies. Ces 24 femmes, *grandes invalides* avant l'opération, clouées au lit d'une manière permanente, ou en proie à des poussées péritonéales récidivantes mettant à chaque fois leur existence en question, sont revenues à une santé parfaite, ont retrouvé la vie qu'elles croyaient compromise à tout jamais. C'est merveille de voir leur transformation physique et morale ; elles représentent un des plus brillants succès de la clinique abdominale. Une seule, une des premières opérées, souffre encore parfois de douleurs vagues dans l'aine et la cuisse droite, et le toucher révèle chez elle du reliquat d'une périmétrite antérieure à l'opération.

En revanche, chez toutes les autres, les culs-de-sac vaginaux sont devenus libres, souples et indolents et l'examen actuel ne pourrait faire soupçonner les anciennes indurations, bosselures et tuméfactions caractéristiques des lésions des annexes.

Chez trois malades, opérées d'un seul côté, les règles ont persisté; mais elles sont devenues régulières, indolentes et peu abondantes, revêtant ainsi les caractères précisément inverses qu'elles avaient avant l'opération. Chez les autres ayant subi une ablation bilatérale, *une fois* les règles ont persisté et vont toujours en diminuant d'abondance, *trois fois* elles sont revenues à intervalles irréguliers et avec abondance, dans l'année qui a suivi l'opération, pour ne plus reparaître; chez toutes les autres, elles n'ont plus jamais paru.

Les écoulements utérins muqueux ou purulents, antérieurs à l'opération ont toujours disparu, sauf dans un cas ayant nécessité le curettage.

b. Bien différents et moins utiles ont semblé les résultats éloignés fournis par l'ablation des salpingites, dites catarrhales. Il s'agit ici de lésions variées commençant à l'inflammation de la muqueuse tubaire, avec épaississement des parois musculaires et fibreuses de la trompe, propagation au péritoine, adhérence aux organes voisins, pouvant se compliquer de la rétention de liquide muqueux (hydro-salpinx), ou de la production d'hémorrhagies dans la cavité tubaire dilatée (hémato-salpinx). Au point de vue symptomatique, le maximum des symptômes douloureux semble devoir être attribué à la péritonite péri-annexiale, aux adhérences et aux traitements dont elle est la cause primitive, avec exacerbations douloureuses provoquées par toutes les causes de raptus congestif ou d'ébranlement abdominal.

Chose remarquable, au point de vue des résultats éloignés, c'est-à-dire au point de vue du soulagement des douleurs, le maximum des succès appartient à l'ablation des lésions en apparence les plus accentuées. Tandis que l'ablation des hémato-salpingites et des hydro salpingites volumineuses est suivie d'une sédation immédiate des douleurs (2 cas de chaque variété), la même opération destinée à enlever des trompes et des ovaires petits, enveloppés dans des fausses membranes solides, fortement adhérents, ne donne que peu de résultats et reste suivie d'une prolongation des douleurs à peine atténuées par l'intervention. L'explication de ces insuccès ne saurait être trouvée autre part que dans l'ablation incomplète des organes; dans les deux cas auxquels je fais allusion, les ovaires et les trompes ne purent être amenés que par lambeaux; une partie du tissu ovarien déchiré dut être abandonnée dans les profondeurs du bassin, et les femmes restèrent réglées, douloureuses et

nerveuses. Et la preuve des insuccès par extirpation incomplète m'est fournie de suite par un cas analogue où je pus très complètement enlever la trompe enflammée, adhérente sur une longue étendue à l'S iliaque, enveloppée de fausses membranes péritonéales qui purent être décollées et enlevées.

L'extirpation complète fut suivie d'un succès complet. Et s'il paraît paradoxal au premier abord que l'ablation de petites lésions donne de moins bons résultats que l'extirpation de grosses tumeurs, tout s'explique si l'on a remarqué que l'extirpation est plus difficile et plus incomplète dans le premier cas que dans le second. La réaction péritonéale persiste et persistera tant que reste l'épine ovarienne ou tubaire. C'est la périostite qu'entretient le chicot dentaire !

Enfin, chez une malade dont les lésions peuvent être classées à la fois dans les salpingites catarrhales et les dégénérescences scléro-kystiques de l'ovaire, la première attaque d'hystérie éclata 26 jours après l'opération et fut suivie pendant un an et demi de phénomènes nerveux hystériformes qui vont s'atténuant avec le temps, mais auxquels la suppression des annexes ne semble pas étrangère.

Cette dernière observation me fournit une transition facile pour parler maintenant des résultats éloignés fournis par l'ablation des annexes de l'utérus dirigée contre certaines lésions encore mal caractérisées des ovaires. Je veux parler de ces lésions décrites souvent sous le nom de « dégénérescence scléro-kystique des ovaires » ou d' « ovaires à petits kystes ».

D'après l'examen de pièces assez nombreuses et l'étude clinique de ces faits, je crois qu'il s'agit, en pareil cas, d'une variété d'ovarite, d'origine infectieuse avec péri-ovarite ; les lésions ovariennes multiples et variées sont tantôt une transformation polykystique, tantôt une sclérose du stroma ovarien, tantôt des hémorrhagies inter ou intra-folliculaires. Mais, en outre, le plus souvent, l'organe ou les deux organes sont déplacés, ont contracté de nouveaux rapports et surtout son entourés de fausses membranes péritonéales plus ou moins résistantes, suivant leur ancienneté. Adhérences à la trompe, adhérences aux parois du bassin, prolapsus adhérent dans le cul-de-sac de Douglas ou dans son voisinage, petites collections séreuses péritonéales juxta-ovariennes, telles sont les lésions le plus souvent observées. Aucune tendance à la suppu-

ration ; intégrité ordinaire de la trompe simplement vascularisée dans son revêtement péritonéal.

La symptomatologie peut se résumer en quelques mots : douleurs, invalidité, tendance au nervosisme avec phénomènes d'ectasie gastrique, avec développement fréquent d'idées noires et provocation facile à la morphiomanie.

Chez quelques malades, l'utérus répond aux irritations ovariennes douloureuses par des métrorrhagies et des écoulements muqueux à apparition rapide, d'apparence aqueuse, véritables *larmes* de l'utérus d'origine réflexe, simulant l'évacuation d'une trompe hydropique. Quelquefois aussi le tissu de l'utérus s'hypertrophie et prend les caractères décrits sous le nom de gigantisme utérin.

J'ai des renseignements précis sur les 10 malades que j'ai opérées dans ces conditions jusqu'à la fin de 1889. Dans *tous* les cas, la guérison immédiate a été obtenue et s'est maintenue définitive. C'est merveille le plus souvent de voir avec la lésion disparaître la douleur ; les malades ne « sentent plus leur ventre » suivant une expression qui leur est favorite. La marche redevient possible, le caractère se modifie heureusement dans le sens de la gaieté et de l'affabilité ; la transformation est complète et reste complète. Chez les malades où l'ablation fut bilatérale, les règles furent définitivement supprimées et cette suppression définitive et totale semble cadrer avec le *maximum* de guérison. *A fortiori*, la métrorrhagie et les écoulements aqueux profus disparaissent pour être remplacés de temps à autre par une sécrétion glandulaire du col, véritables *règles blanches*.

Et chose étonnante, cette suppression rapide des règles chez des femmes jeunes, devant présenter encore longtemps le phénomène de la menstruation, n'entraîne aucun véritable inconvénient et ne provoque chez quelques-unes que des bouffées de chaleur et de sueur durant en moyenne deux années. A intervalles plus ou moins éloignés, une épistaxis ou une poussée congestive hémorroïdaire témoigne encore d'un molimen congestif. Une malade, opérée des deux côtés, voit du sang d'une manière irrégulière depuis 1888 et se plaint encore de poussées congestives douloureuses du côté du bassin. Par une anomalie inexplicable, et malgré cette durée anormale des pertes utérines, cette femme est plus gênée que celles chez qui la suppression menstruelle est définitive, et récemment

encore elle présentait une énorme fluxion parotidienne faisant craindre une poussée d'oreillons ou une parotidite suppurée. La fluxion s'évanouit comme par enchantement dès que se produisit un écoulement sanguin par l'utérus.

Dans 3 cas où l'utérus était hypertrophié, la diminution de volume de l'organe put être rapidement constatée et se produisit dès les premiers temps qui suivirent l'opération.

Je rapproche de ces faits l'observation d'une malade hystérique chez laquelle sur sa propre instance et celle de son médecin, je pratiquai l'ablation bilatérale des annexes parfaitement saines.

L'opération ne fut suivie d'aucun résultat ; la douleur et les bizarreries de caractère ne furent pas modifiées, les règles persistèrent abondantes et douloureuses. La vie de douleur et d'infirmité s'est continuée. Je n'ai jamais renouvelé une pareille tentative. Si l'ablation d'organes malades est utile et justifiée, l'ablation d'organes sains ne modifie en rien ni l'état local, ni l'état général. Qu'on ne prenne donc le couteau que si les signes physiques d'examen des ovaires démontrent ces organes déplacés et accessibles, adhérents, douloureux à la pression, augmentés de volume ou hérissés d'inégalités. La chose est alors bonne et justifiée, d'autant plus sûre dans ses résultats éloignés qu'il y avait plus de lésions capables d'expliquer les douleurs et ses divers retentissements.

Je peux répéter presque dans la même forme les résultats éloignés que m'a fournis l'ablation des annexes appliquée au traitement des fibromes. J'ai 11 fois pratiqué cette opération pour combattre les hémorrhagies dues à un fibrome de l'utérus ou arrêter le développement rapide de la tumeur. Le double résultat a toujours été obtenu : l'arrêt des hémorrhagies et la diminution du fibrome ont toujours suivi de près la castration. Dans 8 cas, tout fut fini et resta fini dès l'opération : les règles et les pertes disparurent comme si l'on fermait la source du liquide ; chez 2 opérées, quelque temps après l'intervention, des hémorrhagies reparurent et l'examen démontra que le fibrome, interstitiel quelques mois auparavant, était devenu sous-muqueux, pédiculisé, énucléé du tissu utérin. L'ablation par morcellement par la voie vaginale mit fin à tous les accidents.

Dans un cas, les règles persistèrent pendant deux ans, mais très faibles, très atténuées, avec un retour complet à la santé et

une atrophie progressive du fibrome. Le fibrome était gros, l'ablation des annexes avait été laborieuse ; je m'accuse probablement d'avoir laissé un peu de tissu ovarien. Enfin, je pourrais citer 4 cas opérés depuis 1890, et où les résultats sont absolument bons.

De pareils résultats sont encourageants ; s'il est vrai que l'hystérectomie abdominale totale peut seule triompher des gros fibromes dont le volume rend la castration impossible ou inutile, l'ablation des annexes me semble devoir constituer la méthode de choix contre les hémorrhagies et le développement de la tumeur, quand celle-ci est encore petite, et si elle présente des dispositions anatomiques pouvant compliquer ou aggraver son ablation totale. La simplicité, la bénignité et l'efficacité de la castration lui assurent la première place dans le traitement des fibromes de petit et moyen volume.

De cette communication à la fois trop longue et trop concise, dans laquelle j'ai touché à beaucoup de points qui demanderaient de longs développements, je crois pouvoir tirer quelques conclusions générales :

a) Les résultats éloignés de l'ablation des annexes sont excellents, d'une manière incontestable, quand l'indication est formellement fournie par la *présence* et la *nature* de lésions tubaires ou ovariennes. De ces lésions je place au premier rang les salpingites et ovarites suppurées, petites et grosses ; au deuxième rang, les *ovarites* et *péri-ovarites* douloureuses.

Dans ces deux formes, les résultats sont parfaits et aucune autre thérapeutique ne saurait utilement remplacer le traitement radical.

b) Les succès éloignés paraissent moins favorables après l'ablation de certaines salpingites catarrhales ou interstitielles compliquées de paramétrite, dans lesquelles l'extirpation *totale* est difficile et incertaine.

c) Le traitement des accidents nerveux par l'opération chirurgicale ne doit s'adresser qu'aux cas dans lesquels l'exploration des organes les démontre nettement altérés ; les résultats définitifs sont d'autant meilleurs que les lésions anatomiques sont plus nettes et plus facilement appréciables.

d) L'ablation des annexes *malades* ne semble exercer aucune influence fâcheuse sur la vie ultérieure des femmes que, dans bon nombre de cas, l'opération rend à l'existence et à la santé.

Myômes utérins.

M. CH. BOISLEUX (Paris). — *De la myomotomie.* — A la clinique du Dr Martin à Berlin, M. Boisleux a eu l'occasion d'examiner 10 cas de myômes pour lesquels le Dr Martin avait fait l'amputation supra-vaginale de l'utérus suivie de l'ablation du col soit par le vagin, soit par l'abdomen.

Dans ces 10 cas il a ensemencé des morceaux de muqueuse du fond de l'utérus, et surtout il insiste sur ce point, des morceaux de la partie du col qui dans le mode opératoire habituel serait resté dans la cavité péritonéale (pédicule) 4 fois sur 10 il a rencontré des germes dans le fond de l'utérus, une fois entre autres en telle quantité que l'on ne pouvait les compter sur les plaques de gélose, surtout à la première dilution. Dans 2 cas il a rencontré des microbes pathogènes dont l'inoculation a été suivie de la mort de l'animal (cobayes, souris). 7 fois sur 10 il a rencontré des germes dans la partie du col qui dans le mode opératoire ordinaire (amputation supra-vaginale simple) aurait servi de pédicule et eût été abandonné dans la cavité péritonéale. De la présence de ces germes et surtout des germes pathogènes, il conclut à la nécessité de l'antisepsie la plus rigoureuse dans cette opération et surtout à la *cautérisation du pédicule* avec le thermo ou galvano-cautère. Il conclut également à la nécessité de cautériser la muqueuse utérine de la même façon dans les cas de myômes intra-pariétaux, où bien souvent la muqueuse utérine est atteinte et comprise dans la plaie. Ce mode de cautérisation est le plus sûr et le plus antiseptique que nous ayons. L'auteur croit avec M. le professeur Küstner, qu'elle n'est pas si sujette qu'on l'a dit à provoquer des adhérences.

A ce propos M. Boisleux dit quelques mots sur l'*asepsie* ou l'emploi exclusif de l'eau bouillie, et de pièces à pansements stérilisées (gaze, éponges) ; et l'*antisepsie* ou l'emploi de solutions d'acide phénique, sublimé, etc., ou de gaze et étoffes à pansements, imprégnées de ces substances. Quand peut-on faire de l'asepsie? Quand *doit-on faire de l'antisepsie?* On peut faire de l'asepsie dans les kystes de l'ovaire simples parce qu'ils sont presque toujours stériles, dans les myômes sous-péritonéaux, dans la grossesse extra-utérine. L'œuf humain est par lui-même stérile comme

M. Boisleux a eu l'occasion de le constater chez le Dr Martin dans les cas d'ablation de l'utérus gravide pour les myòmes utérins. L'œuf humain ne se décompose que s'il est infecté secondairement. On doit employer l'antisepsie toutes les fois qu'il y a des tumeurs malignes, sarcomes, carcinomes; des tumeurs purulentes, pyosalpingites, abcès de l'ovaire, abcès pelviens. *La quantité de pus ne fait rien à l'affaire*; c'est la virulence du pus qui importe. On peut parfois répandre sans danger un litre de pus dans la cavité péritonéale, sans que la femme opérée éprouve aucun accident; mais par contre d'autres fois *une goutte de pus peut à elle seule infecter une malade et causer sa mort :* d'où la nécessité d'employer les antiseptiques dans tous les cas, parce que dans l'état actuel de la science nous ne pouvons savoir à l'avance si l'abcès est virulent ou s'il renferme un produit atténué et inoffensif. Les antiseptiques ont pour but non de détruire, mais d'empêcher le développement des germes infectieux *qui peuvent être* contenus dans le pédicule de la tumeur, sur la paroi de l'abcès ou dans le pus épanché dans le péritoine.

M. Calderini (Parme) présente un *myòme enlevé chez une femme enceinte* par le procédé de Martin (énucléation). Cette femme présentait des accidents péritonéaux graves, dus à la propagation à la séreuse péritonéale de lésions complexes de la trompe d'un côté. M. Calderini extirpa cette trompe en même temps que le fibrome. La malade a guéri; la grossesse continue.

Du tamponnement intra-utérin (1).

M. le Dr Auvard (Paris). — *Du tamponnement intra-utérin en obstétrique.* — Préconisé par Dührssen en 1887, le tamponnement intra-utérin consiste, la délivrance étant faite, à fixer et attirer le col de l'utérus au voisinage de la vulve, et à l'aide de pinces ou simplement des doigts à bourrer toute la cavité utérine de gaze iodoformée à 20 0/0. On laisse le tampon 24 heures en place; puis on le retire en exerçant des tractions sur l'extrémité de la bande qui pend à la vulve. Ce tamponnement a été tour à tour essayé par Fraipont, par Auvard et de nouveau par Dürhssen.

Le dernier et plus complet travail sur la question date de 1889, moment auquel Dürhssen fait une communication sur ce sujet au

Congrès gynécologique de Fribourg. Il réunit 65 cas, sur lesquels il y a eu 6 morts se décomposant ainsi : 3 morts par anémie et syncope ; 1 par septicémie ; 1 par éclampsie ; 1 par tuberculose.

Ces deux derniers cas ne peuvent être comptés au passif de la méthode. Les quatre premiers sont discutables ; toutefois on peut les accepter pour établir le chiffre de la mortalité ; soit 4 morts sur 65 cas, auxquels on doit ajouter deux nouveaux cas de la pratique personnelle de M. Auvard où cet auteur a appliqué la méthode avec d'heureux résultats pour la patiente.

Donc au total, 4 morts sur 67 cas, c'est-à-dire mortalité 6 0/0.

Ainsi que le prouve ce chiffre, le tamponnement est un moyen inoffensif; mais de plus il constitue un moyen hémostatique puissant. Sur les 67 cas dont il vient d'être question trois morts ont été causées par la syncope consécutive à l'anémie ; mais dans ces cas le tamponnement avait été fait trop tard, et ne saurait être déclaré responsable de l'issue funeste.

En somme, de ce qui précède, il résulte :

1° Que le tamponnement intra-utérin est un procédé d'hémostase sans danger réel, puisqu'avec lui la mortalité n'est que de 6 0/0 au plus, et vraisemblablement moindre en réalité ;

2° Que le tamponnement intra-utérin est un moyen hémostatique puissant dans les hémorrhagies post partum ;

3° Qu'il mérite d'être essayé, employé et probablement adopté dans la pratique obstétricale.

M. Pascali a fait le tamponnement de l'utérus contre les hémorrhagies *post partum* car ces hémorrhagies sont fréquentes dans les pays à impaludisme. Il a employé le même procédé qu'Auvard. Ce moyen est bien plus efficace que les injections chaudes contre les hémorrhagies.

M. Fochier (Lyon). — Dans deux cas de placenta prævia il a fait le tamponnement utérin ; ce tamponnement détermine parfois des douleurs expulsives.

M. Duhrssen (de Berlin). — Depuis que j'ai fait connaître ma première statistique sur le tamponnement intra-utérin, il m'a été communiqué un assez grand nombre de cas, où ce traitement a été employé. Je n'ai pas fait encore le relevé exact, mais le total s'élève à 200 environ. Or, les résultats obtenus dans ces nouveaux cas confirment ceux que j'ai fait connaître précédemment.

M. Vuilliet (Genève) rappelle qu'il fait depuis longtemps le

tamponnement intra-utérin, mais dans des utérus qui ne viennent pas d'expulser un fœtus. Il y a des pays où l'utérus est très sensible à l'iodoforme et en Suisse, en particalier, il a vu des cas d'iodisme après semblable tamponnement. Il faut donc faire ce tamponnement à la gaze iodoformée avec précaution dans les pays de montagnes où le goitre est fréquent et où les malades sont très sensibles à l'iode.

M. Kochs (de Bonn) dit qu'on peut faire désormais le tamponnement intra-utérin avec la gaze ordinaire, non iodoformée. Il suffit pour cela de l'avoir stérilisée au préalable dans une boîte spéciale qu'il montre. De la sorte on ne craint plus l'empoisonnement iodoformé. C'est, d'ailleurs, le procédé qu'emploie aujourd'hui M. Dührssen lui-même. M. Kochs rappelle qu'on a recommandé l'inversion artificielle de l'utérus pour arrêter les hémorrhagies post partum.

M. Vuilliet (de Genève) fait passer des photographies et des moules qui montrent jusqu'à quel point on peut *dilater l'utérus* par le procédé qu'il a décrit jadis. Certes, il y a des cas qui résistent à une dilatation aussi grande; mais, même pour ces cas-là, c'est encore le tamponnement qui amène la plus grande dilatation. Ce procédé de dilatation lui semble le meilleur car il n'est pas douloureux. Il constitue, en outre, uno sorte de drainage de l'utérus. Il rend de très grands services dans les cas d'endométrite invétérée.

L'objectif physiologique en gynécologie. Nécessité d'une chirurgie conservatrice.

M. Doléris (Paris). — La gynécologie a traversé trois périodes très distinctes : période obstétricale, période médicale, période chirurgicale, et chacune d'elles lui a apporté son contingent utile ; données anatomiques, physiologiques, pathologiques ou thérapeutiques.

Lorsqu'on étudie l'évolution de la gynécologie dans les différents pays, on voit qu'elle n'a pas été la même partout ; mais partout on retrouve, à un moment quelconque, l'influence prédominante de l'obstétrique, de la médecine interne ou de la chirurgie.

Après des tâtonnements commandés par l'insuffisance ou l'insuccès de la thérapeutique médicale, la gynécologie est entrée

résolument dans la voie chirurgicale, et nous assistons certainement à sa phase la plus brillante, celle où elle a compté les progrès les plus rapides et donné les résultats les plus certains. Il serait donc injuste de ne point persister, mais il n'en faut pas moins reconnaître que des tentatives ont été faites et qu'il s'en fera encore, sans doute, pour la ramener à certaines pratiques dites médicales, plus anciennes et moins sévères en apparence que celles de la chirurgie actuelle.

Ces essais de retour à la prépondérance de la thérapeutique dite médicale, sont, à ce qu'il me semble, la preuve qu'il manque à la gynécologie une base solide, ou que du moins, cette base est méconnue par beaucoup de gens dans le choix des interventions. Ils prouvent aussi qu'il existe dans le public médical des éléments nombreux de réaction alimentés par les succès apparents ou réels de la chirurgie gynécologique.

Ce sont ces deux points que je veux, non pas étudier à fond, mais signaler à l'attention du public gynécologique.

Je crois qu'il est nécessaire, en effet, d'éveiller dans la masse récalcitrante ou hostile, parce qu'elle ne comprend pas, parce qu'elle ne sait pas faire, ou qu'elle se méfie, cette idée que les procédés thérapeutiques que nous employons ne sont point désormais liés à des hasards ou à des caprices opératoires, mais qu'ils sont déduits d'idées scientifiques solides.

La physiologie, telle est la base de ces idées et leur point de départ. La conservation de la fonction, tel est le but primordial.

Il me suffira de parcourir rapidement le domaine gynécologique pour faire saisir ma pensée.

Endométrite du corps. — Si d'abord on considère l'affection commune entre toutes, l'endométrite du corps de l'utérus, faut-il accepter qu'il est indifférent de détruire la muqueuse malade avec un instrument forcément limité dans son action, la curette, ou avec un caustique violent ? Des deux façons on guérit, disent les adversaires de l'instrument; le choix est donc indifférent; et il se trouve des chirurgiens pour accepter qu'il y a parité dans les effets obtenus. Cet éclectisme est commode, mais il n'est point scientifique. En effet, sans sa muqueuse, l'utérus n'est rien, c'est la muqueuse qui constitue l'organe essentiel de la nidation et de la nutrition de l'embryon. Elle est la *matrice* véritablement.

Son élément noble est la cellule déciduale et si l'on voulait

réduire la muqueuse utérine à un schéma, c'est par la cellule déciduale qu'il la faudrait représenter. Elle élabore les premiers aliments destinés à l'embryon, et si j'en crois mes recherches personnelles sur la caduque humaine, recherches postérieures à celles de Masquelin-Swaen, Creighton, etc., sur la caduque des animaux, c'est elle qui par ses transformations diverses constitue, par fusionnement, le réseau néo-vasculaire du placenta définitif. Détruire la muqueuse dans son épaisseur entière, c'est détruire irrémédiablement la fonction ; or, les caustiques violents à demeure dans la cavité utérine donnent ce résultat malheureusement trop souvent.

Sous prétexte de réaction contre le curettage, nous avons vu récemment réapparaître l'usage du chlorure de zinc, il faudrait dire l'abus ; et, outre les accidents, des faits nombreux ont été notés de disparition de la fonction menstruelle, d'atrésie excessive du conduit utérin, et même de dystocie grave. Dans un cas publié par Fochier de Lyon, il existait au moment de l'accouchement un anneau cicatriciel épais et incoercible au-dessus de l'orifice interne, assez résistant en somme pour empêcher le passage du fœtus et nécessiter l'embryotomie.

C'est donc ici que l'anatomie et la physiologie interviennent pour dire : celui qui met au contact de la muqueuse utérine un caustique violent doit savoir qu'il risque de ne laisser point trace d'éléments vivants de cette muqueuse, et qu'une cicatrice fibreuse rétractile, tissu mort pour la fonction, stérile par conséquent, remplacera la muqueuse malade mais vivante. Au contraire la curette qui abrase la même muqueuse laisse persister et vivre des parcelles du derme, des cul-de-sacs glandulaires logés entre les faisceaux superficiels de la musculeuse. Le lavage antiseptique de la surface abrasée suffira à assainir ces vestiges sans les détruire. Il reste là, comme après la déhiscence de l'œuf dans l'accouchement, la graine nécessaire et suffisante à la restauration d'une nouvelle muqueuse.

Entre ces deux procédés il ne faut donc pas dire qu'il y a parité puisqu'en résumé l'un c'est la vie persistante, l'autre c'est la mort de l'organe dans sa fonction unique. Lorsque malgré tout, le praticien choisit l'un ou l'autre des procédés, il est bon qu'il sache au juste ce qu'il choisit. Ce sont là de petites choses, mais je pense qu'il est bon d'y insister parce que ce sont là des choses de tous les jours.

Métrite cervicale. — Je passe à la métrite cervicale qui d'ailleurs prête à des considérations analogues.

En présence de l'ectropion inflammatoire rebelle, la tentation est grande d'user des caustiques à titre d'essai au début, à titre définitif quand il s'agit du fer rouge.

On sait que l'épidermisation de l'ectropion ainsi obtenue est peut-être plus souvent le point de départ de l'inclusion folliculaire, et par suite de la métrite cervicale scléro-kystique que d'une atrophie définitive de la muqueuse malade. C'est donc là un résultat hasardeux qu'il faut éviter.

La chirurgie conservatrice doit donc s'armer du couteau et détruire les tissus malades par une section nette. L'opération plastique qui enlève est le moyen conservateur par excellence. Ce n'est pas le moins singulier contraste de cette situation qui nous montre qu'ici la prudence est dans l'action chirurgicale, et que la conservation fonctionnelle totale est dans le sacrifice d'une partie, non dans les méthodes prétendues palliatives.

Je suis hautement partisan du traitement plastique des lésions du col dès que le processus tend à la chronicité. Même dans les cas qui paraissent assez simples, l'expérience m'a démontré que les moindres de ces lésions sont souvent incurables par tout autre traitement.

Déformations. — Les déformations d'origine inflammatoire, comme l'*allongement du segment moyen* avec flexion exagérée et atrésie de l'*orticum internum*, la déformation de la portion vaginale avec atrésie et déplacement de l'*ostium externum*, surtout quand elles s'allient au développement anormal du vagin, mettent obstacle à la fécondation; même quand le processus inflammatoire qui a causé les autres lésions a disparu à la longue, spontanément ou par suite d'un traitement, souvent il persiste des conditions mécaniques défectueuses. Il faut remarquer que ces conditions anormales sont absolument l'inverse de celles qui existent chez la femme vierge que l'on peut considérer comme présentant les conditions idéales pour la conception.

On constate l'ampliation exagérée du cul-de-sac du vagin là où devrait exister une calibration régulière ou cylindrique ; on trouve la longueur exagérée de la portion vaginale du col et l'étroitesse de l'orifice là où devrait exister un col court et suffisamment ouvert. Je rappelle l'altération inflammatoire de l'appareil de sécré-

tion du col qui s'y ajoute. La restauration de l'état physiologique peut dès lors se formuler par cette donnée à réaliser : « Remettre approximativement les parties comme elles sont dans l'état virginal. » Le but est net, précis et justement il cadre avec les lésions.

Ici la chirurgie, pour être conservatrice, sera, permettez-moi le mot, impitoyable pour chaque élément pathologique. La reconstitution plastique des organes doit marcher de conserve avec la guérison de l'inflammation. Il ne faut pas qu'une fois la femme guérie de la *maladie*, le but physiologique de la restauration fonctionnelle ayant été méconnu ou négligé, la stérilité persiste. Il ne faut pas, dis-je, que la possibilité de la conception devienne affaire de chance, il faut que le résultat soit préparé volontairement, intentionnellement, par le gynécologue qui intervient.

Dans cet ordre d'idées, la conduite doit être franchement active et c'est dans ces conditions, je crois, que la chirurgie restauratrice de la fonction, a le devoir de viser au plus haut et au plus parfait résultat qu'elle puisse atteindre.

Déviations. — Je ne voudrais pas m'étendre plus longtemps sur la question des déviations utérines, principalement le prolapsus et les rétro-déviations, mais ici encore il y a un choix à discuter avec l'aide des bases anatomo-physiologiques.

Il me semble que beaucoup d'idées théoriques ont prévalu, qui n'auraient jamais été solidement défendues si on avait pensé à mettre en œuvre le rôle naturel des soutiens et des ligaments des organes au lieu d'user d'artifices éphémères et antiphysiologiques.

Je pense qu'en eux-mêmes, tous les procédés basés sur les adhérences artificielles de la matrice avec le péritoine pariétal sont des procédés aléatoires en ce qu'il n'est pas permis de compter sur de telles adhérences comme soutiens solides. Tous les jours nous voyons des adhérences séreuses s'allonger, s'affaiblir et parfois disparaître. Quel peut donc être le sort de celles qui unissent le fond de l'utérus à la paroi abdominale ? Elles sont sans aucun doute à la merci d'un accident, d'un effort, d'un traumatisme et finalement d'un retour spontané de l'organe à sa position anormale.

Si par hasard la femme devient enceinte, il ne peut être douteux que l'utérus perdra ses adhérences avec la paroi du ventre. Il y a

des cas heureux, je ne l'ignore pas, mais il se peut qu'ils appartiennent surtout à des cas de rétroversion légère ou simple, ou bien à des déviations compliquées d'inflammation des annexes, dont on a pratiqué l'extirpation.

La discussion pourrait m'entraîner trop loin; mais je pose la question de savoir s'il ne convient pas mieux de restaurer les supports naturels de l'utérus et les ligaments utérins qui sont des agents physiologiques dont la destination mécanique est démontrée largement, que de créer des rapports anormaux aux organes par le moyen d'un processus pathologique parfaitement infidèle. Pour moi, la réponse est faite : j'ai trouvé dans les opérations plastiques vaginales, combinées aux résections des ligaments allongés ou devenus atones à leur extrémité périphérique, la réalisation pratique du retour à l'état normal. J'ai vu la grossesse survenir 7 fois dans de telles conditions sur une statistique de 60 cas environ, dans le court espace de 3 années; dans un cas j'ai guéri la stérilité chez une femme mariée depuis 7 ans et je possède nombre de cas non personnels du même résultat. A côté de ces faits j'ai vu le retour de la déviation dans près de la moitié des cas après la fixation abdominale de la matrice et je ne pense pas que la stérilité ait jamais été guérie par ce procédé.

S'il s'agit de déviations liées à des tumeurs inflammatoires des annexes la question se complique et déjà nous arrivons à la discussion de la conduite à suivre dans les cas particuliers de la salpingite, de l'ovarite et des exsudats péritonéaux autres de la trompe et de l'ovaire.

Ovaro-salpingite. — Je ne veux pas recommencer le débat entre le procédé qui sacrifie radicalement les organes enflammés et celui qui consiste à attendre beaucoup des procédés d'expectation unis à une thérapeutique conservatrice.

Sans être conservateur à outrance, je ne saurais cacher que j'ai été souvent bien inspiré en réservant pendant plusieurs mois une opération radicale, car j'ai vu la guérison obtenue par ce que nous appelons les *petits moyens*, c'est-à-dire : dilatation de la matrice, curage, drainage prolongé, révulsifs, repos, balnéation, massage, électricité, etc. Je ne puis mieux faire que de fournir les résultats d'une statistique assez nette pour être publiée.

Sur 140 cas pris dans une période d'observation de 2 années et suivis assez longtemps, j'ai obtenu, dans plus du tiers des cas, par

de simples conseils médicaux, le repos, les révulsifs, etc., une amélioration suffisante, pour que les malades aient refusé une intervention quelconque.

Dans 30 autres cas, plus rebelles et avec récidives multiples, j'ai fait la thérapeutique intra-utérine avec succès, sauf dans 8 cas où il s'agissait 2 fois de végétations papillaires de la trompe (endosalpingiennes), une fois de kystes multiples et volumineux du pavillon qui succédaient à l'atrophie des lésions salpingitiques, 3 fois de pyosalpinx, 2 fois de grossesse tubaire abortive ancienne. Reste donc un total de 22 malades qui sont restées sinon guéries, du moins assez améliorées pour ne sentir aucun trouble de l'affection ovaro-salpingienne, et si je les considère simplement comme améliorées, ce n'est pas qu'elles se plaignent, mais uniquement parce que j'ai occasion de les revoir de temps à autre et que je trouve encore des vestiges de l'ancienne maladie.

Dans 25 cas ou j'ai opéré des lésions *salpingo-ovariques* invétérées liées à une déviation, rétroversion ou prolapsus, je reconnais seulement *deux* insuccès, l'un causé par un fibroïde du segment moyen de l'utérus et l'autre par un développement kystique multiloculaire de l'ovaire. Dans les autres cas, la guérison de la déviation a été obtenue ainsi que la cessation complète des troubles dépendant de l'inflammation des annexes. Deux malades sont devenues enceintes : l'une, stérile, est arrivée à terme, l'autre a avorté par suite d'un cathétérisme intempestif, au deuxième mois.

Enfin dans 39 cas, j'ai opéré d'emblée la laparotomie et l'extirpation en raison de la répétition fréquente des récidives, ou de la coexistence de petits néoplasmes, ou de l'existence à peu près démontrée de lésions indéniables par leur ancienneté, telles que pyosalpinx, hématocèles tubaires, ovarites hémorrhagiques à gros kystes, tumeurs diverses, etc.

En résumé, je puis donc dire que, si dans un tiers des cas environ j'ai opéré primitivement l'extirpation des annexes, dans 39 cas, secondairement dans 10 autres, ce qui porte à 49 le chiffre des femmes opérées de la statistique de deux années, j'ai guéri *symptomatiquement* les deux autres tiers sans opération ou avec des interventions minima.

De plus, sur le chiffre des femmes non opérées radicalement, j'ai observé avec les 2 cas de grossesse précédemment cités,

7 autres cas, ce qui fait plus d'un dixième pour cent, et je le répète, l'observation ne porte que sur deux années et sur les malades assidûment suivies.

La conclusion naturelle de ces faits est qu'il y a toujours intérêt à commencer le traitement par la thérapeutique dite médicale, suivie par la chirurgie *minima* et ne recourir aux sacrifices définitifs qu'après échec des autres moyens.

Dans un certain nombre de cas on pourra, ou bien il *faudra* procéder d'emblée à l'extirpation.

Fibro-myômes. — Je veux finir maintenant par la question des néoplasmes utérins dont l'histoire se lie à l'évolution des processus fibroïdes diffus ou conglomérés.

L'hémorrhagie et l'accroissement de volume en sont les signes habituels : la douleur s'y ajoute quelquefois.

Parlons des fibroïdes au début.

J'ai entendu vanter avec autorité le sacrifice des annexes ou de la matrice elle-même dans ces cas, qui généralement sont caractérisés uniquement par l'hémorrhagie et dans lesquels on ne peut que suspecter une évolution fibroïde. Je puis apporter ici la démonstration que l'examen patient et direct, uni à la mise en pratique des petits procédés de la chirurgie suffisent parfois à éviter de tels sacrifices, irréparables autant que fâcheux chez les jeunes femmes.

J'ai acquis l'expérience que, par la dilatation progressive qui s'obtient avec les tentes et qui au bout de vingt-quatre à trente-six heures permet déjà le toucher intra-utérin et rend la paroi utérine aussi accessible à la palpation que peut l'être une membrane souple et amincie, le gynécologue peut arriver à découvrir aisément l'existence de fibromes souvent très petits et non soupçonnés. Dans une quinzaine de faits j'ai pu pratiquer ainsi par une intervention rapide l'énucléation de fibromes inclus profondément dans les parois utérines dont la grosseur pouvait varier d'une cerise à une noix.

La dilatation large et progressive par les tentes a rendu saillantes ces différentes tumeurs et leur ablation par la voie intra-utérine a été très aisée le plus souvent.

Je crois en vérité que ce qui manque le plus aux gynécologues modernes habiles dans les grandes pratiques chirurgicales, c'est un peu de patience et le goût du retour à ce qu'avait de bon la

vieille gynécologie. De là à démontrer que le procédé conservateur de l'énucléation sous-séreuse préconisé par Martin rentre absolument dans ma thèse il n'y a qu'un pas; aussi a-t-il été largement adopté en France dans les cas qui offrent les conditions favorables à son succès.

J'aurais aimé dire quelques mots du carcinome utérin et du parallèle entre l'hystérectomie totale et l'hystérectomie qui a été à peine touchée par quelques orateurs ici même, parler aussi de l'ablation de l'utérus dans les prolapsus invétérés et excessifs, mais cette dissertation est déjà trop longue.

D'ailleurs il y a une double considération qui domine ces deux conditions : la première c'est que là *où existe le cancer*, on ne saurait jamais accuser un procédé d'être trop radical et, pardonnez-moi le mot, trop destructeur; la seconde, c'est que le prolapsus invétéré, que l'on ne rencontre guère que chez les vieilles femmes, n'a rien à voir avec la conservation de l'espèce, et ici il faudrait craindre d'être trop conservateur. Tout au plus peut-on critiquer le choix des méthodes. Je crois cependant qu'en pareille matière, chaque opérateur connaît mieux que personne ses goûts, ses capacités et ses aptitudes opératoires et pourvu que le but soit rempli, on ne pourrait guère incriminer ses préférences.

Je n'ai pas voulu, dans cette trop longue excursion à travers la chirurgie gynécologique, prétendre tracer des règles; mieux que personne je sais nos desiderata. Je sais que j'ai comme chacun beaucoup à apprendre, mais il m'a paru utile de signaler ce que j'appelle *une condition de succès* de la gynécologie active : c'est la garantie de l'objectif à atteindre. Je crois, en un mot, que la *période physiologique* de notre art est devenue la condition *sine quâ non* de sa stabilité et de ses progrès. Les grands sacrifices dans les néoplasmes dangereux, la chirurgie active, le sacrifice à outrance, soit; mais dans les troubles inflammatoires ou mécaniques, dans les néoplasies bénignes, la patience et la chirurgie réparatrice ou conservatrice; telles sont les deux lignes de conduite qui résument ma pensée.

L'avenir, à mon avis, est aux plus habiles et aux mieux avisés qui guériront sans détruire; il est à ceux dont la tâche restera renfermée dans cette chirurgie conservatrice plus artistique plus brillante et certainement plus ardue, par conséquent plus stimulante que celle dont le seul et unique objectif est l'extirpation

radicale des organes. L'avenir est en un mot aux procédés de *restauration* et de *conservation*, non à ceux de *destruction*.

Grossesse extra-utérine

M. le Dr Ch. Boisleux (Paris). — *Un cas de grossesse extra-utérine au 3e mois ; terminaison spontanée.* — Expulsion de la membrane déciduale. — Guérison de la femme. — Préparations microscopiques. (Observation inédite.)

Mme Ca...., âgée de 34 ans, de Paris, réglée à 18 ans, irrégulièrement jusqu'à son mariage, mariée à 21. A 24 ans, fausse couche de 3 mois, suites normales. A 25 ans, pelvipéritonite à la suite de ses règles ; alitée 3 mois ; douleurs très vives avec élancements à gauche, vésicatoire. A 28 ans, accouchement à terme et suites de couches normales : enfant vivant.

30 mai 1889. Deuxième fausse couche, d'environ 5 mois, douleurs vives dans le côté gauche, alitée 3 mois, menstruation régulière, 6 à 7 jours, peu abondante. Dernières règles, 9 mars 1890.

Du 10 au 15 avril, pertes abondantes avec caillots; du 15 au 20 avril la malade a perdu tous les jours quelques gouttes de sang.

Le 20. Potion avec 2 grammes d'ergotine.

Le 21 et les jours suivants les pertes continuent.

Le 24. Potion avec 2 grammes d'ergotine, la malade perd de plus en plus.

Le 27, elle est obligée de s'aliter.

Le 29, un autre médecin prescrit une potion avec 3 grammes d'ergotine, lavements laudanisés 2 fois par jour.

Le 3 mai, la malade est alitée, exsangue ; pouls petit, 120 pulsations à la minute, la malade perd toujours et se plaint de douleurs dans la jambe droite ; au toucher, on sent un col mou, entr'ouvert qui laisse présumer une fausse couche. L'utérus est en antéflexion, le col coudé sur le col ; l'utérus est hypertrophié et de plus immobile et comme incarcéré dans le petit bassin. A gauche de l'utérus, tissu résistant, lardacé ne permettant au doigt de distinguer aucune tumeur. A droite, le cul-de-sac latéral est plus souple, et en un point situé immédiatement à côté de l'utérus

on trouve un pont membraneux se laissant déprimer comme les membranes fœtales dans l'accoucnement à terme. De plus, en arrière, vers l'espace de Douglas on sent une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Diagnostic : avortement imminent; suppression de l'ergotine, continuation des opiacés.

4 mai. Même état.

Le 5. Examen avec le spéculum de Sims : col hypertrophié, bleuâtre; l'orifice externe ne laisse pas pénétrer l'extrémité du doigt; à droite du col on aperçoit un point ramolli et membraneux de 1 à 2 centimètres de diamètre ; gaze iodoformée dans le vagin.

Le 6. La malade a eu quelques douleurs utérines à la suite du tampon de gaze ; les pertes sont arrêtées, douleurs persistantes dans la jambe droite.

Du 6 au 10, même état. Le 10 et le 11, pertes avec caillots. Le 12, les pertes ont cessé, mais la malade se plaint toujours de douleurs dans la jambe droite, bien que l'on ne voie de ce côté ni trace de lymphangite, ni œdème. Le 18, la malade a eu quelques douleurs et perdu quelques caillots. Le col est cependant toujours fermé. Le 21, nouvelles douleurs, qui se terminent par l'expulsion de caillots sanguins. L'orifice externe est fermé. Le 24, la malade a eu 6 heures de douleurs aussi fortes que les douleurs de l'expulsion pendant l'accouchement, douleurs simultanées très vives dans la cuisse surtout au niveau du triangle de Scarpa; ces douleurs, d'après la description de la malade, suivaient le trajet des nerfs antérieurs et postérieurs de la cuisse. A la suite de cette crise de douleurs la malade expulsa par la matrice une membrane, dont j'ai recueilli quelques morceaux.

Voici des préparations microscopiques provenant de 2 ou 3 séries de coupes ; les noyaux sont colorés à l'hématoxyline, et le fond de la préparation avec l'acide picrique. Je n'ai pas trouvé de villosités choriales, ni de restes d'œuf, mais bien une membrane déciduale organisée (1).

---

(1) 1° De la structure de la membrane déciduale (*cellules rondes et fusiformes dont le corps est très développé comparativement au noyau qui est resté petit*), je conclus à une grossesse certaine.

2° De l'absence de villosités choriales et de parties fœtales dans cette membrane, je conclus à une grossesse extra-utérine, siégeant au point où j'avais senti une tumeur offrant un ramollissement spécial.

3° La chute de la membrane déciduale me fait conclure à la mort du kyste fœtal, *pronostic favorable excluant toute opération.*

Du 24 mai au 6 juin, pertes sanguines peu abondantes. Du 6 au 26, les pertes ont cessé, la malade est restée alitée. Du 26 juin au 2 juillet, retour des règles. Le 6, j'ai examiné de nouveau la malade, la tumeur droite était réduite, le pont membraneux que j'avais senti à droite était comblé et remplacé par le tissu vaginal souple sans solution de continuité.

Le 26, second retour des règles, la femme est complètement rétablie et n'a aucune douleur dans la jambe droite. Il s'agit donc ici d'une grossesse extra-utérine au 3e mois qui a évolué heureusement; il me semble que l'on peut considérer la malade comme guérie et qu'on peut laisser se résorber son kyste fœtal sans qu'elle coure aucun danger.

Le Dr Picqué (de Paris). — *Sur 3 cas de grossesse extra-utérine. — Grossesse ectopique tubaire de 5 à 6 mois. — Fœtus vivant. — Rupture. — Accidents péritonitiques. — Laparotomie. — Guérison.* — Dans le courant de l'année 1889, M. Picqué a eu l'occasion, à l'hôpital de Pascal-Lourcine, d'intervenir dans 3 cas de grossesse extra-utérine intra-tubaire et de guérir ses malades; 2 cas seulement concernaient des fœtus vivants de 5 et 6 mois; il dut opérer d'urgence après rupture de la poche et accidents graves de péritonisme. Chez l'une et chez l'autre la cavité péritonéale était remplie de caillots sanguins : c'était en réalité une hématocèle symptomatique foudroyante. Les particularités intéressantes de ces observations seront publiées plus tard.

M. Picqué signale en particulier un fait relatif à l'intervention. On sait malgré les belles statistiques publiées en Allemagne depuis la 1re observation de Breisky, combien il succombe encore de femmes à la suite de ces interventions, réserve faite bien entendu des cas où l'acte chirurgical a été pratiqué trop tardivement. Je crois, avec un grand nombre de chirurgiens, que, dans beaucoup de ces cas, la mort tient à ce que par crainte d'hémorrhagie on abandonne le placenta à lui-même après avoir suturé les bords de la poche à la paroi abdominale. Malgré toutes les précautions antiseptiques prises ultérieurement, et en raison des chances d'infection septiques M. Picqué croit, avec beaucoup de chirurgiens français et allemands, que c'est là une pratique à rejeter définitivement; il suit la pratique admise aujourd'hui et ne craint pas d'enlever successivement le placenta et la trompe : c'est à cela, croit-il, qu'il faut attribuer ses succès, dans les 3 observations

publiées. Dans un cas l'hémorrhagie fut considérable mais bien vite réprimée par l'emploi d'une pince appliquée sur la corne utérine.

En résumé, M. Picqué croit devoir se rallier sans réserves à la pratique qui consiste à appliquer à la grossesse ectopique tubaire la salpingectomie pure et simple, c'est-à-dire l'ablation successive du contenant et du contenu, opération qui ne saurait présenter, avec un bon outillage hémostatique, aucune difficulté, et qui soustrait la malade aux chances possibles d'infection.

M. Léopold (de Dresde) présente une grande quantité de pièces anatomiques se rapportant à des *tumeurs du petit bassin*, enlevées par la laparotomie ; entre autres des grossesses extra-utérines admirablement préparées. Ces pièces, très bien conservées, sont très instructives. Il y a aussi des *kystes de l'ovaire* dont l'un est remarquable par le développement dans son intérieur de portions osseuses.

M. Calderini montre un *uterus bicornis*. A diverses reprises s'étaient développés des fœtus dans l'une des cornes ; mais à chaque grossesse, il y eut rupture utérine. On fit la laparotomie pour les accidents péritonéaux qui suivirent cette grossesse. On trouva le fœtus en partie dans l'abdomen et en partie dans le vagin (un bras). Opération de Porro. Guérison.

Hernie périnéale vagino-labiale.

M. Winckel (Munich) a lu un très intéressant travail sur la hernie périnéale qui se fait chez la femme au niveau de la grande lèvre. Il a montré à ce propos des dessins représentant les cas connus et a terminé en montrant comment il fallait traiter cette affection. Pour lui, le meilleur procédé de traitement est simplement la cure radicale par le périnée. M. le Dr Winckel a distingué trois formes dans ces hernies ; mais ces trois variété peuvent se combiner entre elles sur la même malade. La première variété est dite *antérieure :* c'est celle qui se fait entre le constricteur de la vulve et le muscle ischio-caverneux.

La seconde, dite *moyenne,* passe entre le constricteur de la vulve et le transverse profond du périnée, la troisième appelée postérieure, est celle qui se fait entre le releveur de l'anus et le grand fessier. Le sac des trois variétés de cette hernie, lorsqu'il est examiné par l'abdomen présente un certain nombre de carac-

tères propres. L'orifice abdominal du sac se trouve de chaque côté de la vessie, en avant ou en arrière des parties fibreuses qui unissent solidement la vessie aux parties voisines du bassin.

Microbes du vagin et antisepsie vaginale.

M. DEBACKER (Paris) fait une communication sur *l'antisepsie préventive des organes génitaux chez les jeunes filles.* Il recommande les soins de propreté les plus minutieux, et demande à ce qu'on enseigne aux jeunes filles les notions élémentaires de l'hygiène gynécologique. Il préconise aussi l'emploi des injections antiseptiques vaginales, pendant trois mois après l'accouchement.

M. DŒDERLEIN (Leipzig). — *Recherches bactériologiques sur les sécrétions du vagin.* — Les auteurs, qui se sont occupés de l'antisepsie dans les accouchements, se divisent en deux camps. Les uns se reposent sur les résultats indiqués par les statistiques, et considèrent toute désinfection des malades comme inutile et même dangereuse. Les autres, se fondant sur leurs recherches bactériologiques des sécrétions génitales pendant l'accouchement, regardent la désinfection du vagin comme indispensable. M. Dœderlein a fait des recherches sur les sécrétions vaginales et a trouvé deux variétés de sécrétion. Les unes sont normales, très acides, renfermant des cellules épithéliales, des corpuscules granuleux, des bacilles non pathogènes. Les autres sécrétions sont virulentes, alcalines ou neutres, et renferment des globules de pus et des micro-organismes de différente nature, surtout des cocci. Dans le premier cas, le vagin n'est pas à craindre comme agent d'infection pendant l'accouchement. Dans le second au contraire, il doit être désinfecté. L'auteur engage les gynécologues à faire des recherches dans ce sens et à publier les résultats qu'ils obtiendront.

Déviations de l'utérus.

M. ASSAKY (Bucharest). — *De l'hystéropexie extra-péritonéale.* — 1° Des faits qu'il a indiqués, il résulte que l'hystéropexie extra-péritonéale est contre-indiquée dans le prolapsus compliqué d'une lésion des annexes. La laparotomie permet seule de se rendre compte du degré de la lésion et d'y porter remède. Elle est éga-

lement contre-indiquée dans les rétro-déviations adhérentes où la laparotomie permet mieux que les autres procédés de mobilisation de libérer l'utérus avant de le suturer à la paroi abdominale; 2° l'hystéropexie extra-péritonéale est contre-indiquée dans les rétro-déviations non adhérentes, parce qu'un des éléments de la parfaite adaptation de l'utérus à la paroi abdominale est le relâchement des ligaments utérins qu'on observe dans le prolapsus seul; 3° dans le prolapsus simple, non compliqué, l'hystéropexie extra-péritonéale est une opération simple, rapide et qui ne présente aucun des dangers qu'on lui attribués.

M. Dœderlein (Leipzig) fait une très courte communication sur le *traitement des rétro-déviations de l'utérus par le massage* M. Dœderlein simplifie dans une légère mesure la manière de faire habituelle.

Traitement de la cystite chez la femme.

Thomas More Madden (Dublin). — De toutes les maladies que l'on a à traiter en gynécologie, il n'en est pas de plus fréquente, de plus rebelle à tous nos modes de traitement, que la cystite chez la femme. Je désire aujourd'hui, exposer la méthode de traitement que la clinique m'a montrée la meilleure, au point de vue de la cure rapide de cette affection. Les moyens le plus souvent employés en pareille circonstance sont bien palliatifs et peuvent soulager, mais jamais ils n'arrivent à guérir une cystite confirmée chez la femme. Je ne suis pas partisan de la méthode qui consiste à assurer à la vessie un repos physiologique absolu. On sait qu'Emmet, dans ce but, crée une fistule vésico-vaginale artificielle et que cela peut donner des succès dans quelques cas, mais pratiquement on peut faire à cette opération des objections telles que depuis quelques années j'ai abandonné cette manière de faire pour recourir à une autre qui m'a parue aussi efficace, tout en ne présentant pas les mêmes inconvénients. Le traitement que j'ai suivi dans un très grand nombre de cystites observées dans les salles de Mater Misericordiæ Hospital, à Dublin, consiste premièrement dans une dilatation complète de l'urèthre, de manière à paralyser la contractilité du sphincter de la vessie et du canal et à produire ainsi une incontinence temporaire d'urine; secondement dans l'application directe sur la muqueuse vésicale

d'une solution d'acide phénique dans la glycérine. J'ajouterai que toute douleur peut-être prévenue par l'application antérieure d'une solution de cocaïne ; il faut seulement répéter au moins une ou deux fois le même traitement à des intervalles de huit à dix jours, en le combinant avec l'emploi à l'intérieur de l'acide borique, il est rare que l'on n'obtienne pas une guérison rapide dans les cas habituels de cystite chez la femme.

Traitement de la dysménorrhée obstructive.

THOMAS MORE MADDEN (Dublin).— Le diagnostic de l'obstruction créé par la sténose cervicale comme cause capitale de la dysménorrhée est la clef de la pathologie et des succès thérapeutiques chez la grande majorité des malades. Dans ma pratique hospitalière de ces 20 dernières années, environ 11 pour cent des cas de stérilité déterminés par cette cause se sont présentés à moi sur un total d'environ 9,000 cas gynécologiques. De tous les maux dont souffre la femme, il en est peu qui donnent lieu à des douleurs plus persistantes et produisent des effets plus désastreux sur la santé générale, sur le système nerveux et sur l'état mental de la malade, qu'une dysménorrhée *obstructive* bien établie. Celle-ci mène quelquefois à l'alcoolisme, les femmes étant au début souvent soumises à tort à l'emploi de l'alcool donné comme stimulant ; les doses sont progressivement augmentées, jusqu'à ce que finalement la malheureuse victime de l'alcoolisme causé par sa dysménorrhée, devienne une ivrogne incurable.

Je n'ai pas l'intention ici de m'arrêter aux divers modes de dilatation lente du canal cervical, depuis l'introduction dans la pratique par Simpson et Swan des éponges et des laminaires. L'introduction des instruments destinés à obtenir une dilatation rapide de ce canal a constitué un grand progrès dans cette partie de la chirurgie. Parmi les dilatations les plus connues, je vous rappellerai simplement ceux d'Hegar, de Duke, de Lawson Tait. Dans le même but, j'ai imaginé un instrument qui permet d'obtenir une dilatation rapide et permanente du canal cervical sans danger (1). Cet instrument diffère des autres dilatateurs à divers

(1) Le dilatateur de T. M. Madden est formé de deux branches mousses qui s'écartent à la manière de la bascule coupante dont quelques chirurgiens se servent pour inciser les rétrécissements du méat urinaire chez l'homme.

points de vue, en particulier au suivant : il dilate le canal de dedans en dehors, en d'autres termes, il imite le processus normal de dilatation de la cavité utérine qui se fait de haut en bas, de la cavité utérine vers le col utérin, tandis que la plupart des autres dilatateurs, tels que ceux d'Hegar, par exemple, agissent dans un sens diamétralement opposé. J'ajouterai que mon dilatateur, qui n'est pas plus gros qu'une sonde ordinaire quand on l'introduit, peut servir à la dilatation de l'urèthre chez la femme.

Communications diverses.

M. Auvard (Paris). — 1° *Embryotome céphalique combiné.* — Les deux meilleurs instruments d'embryotomie céphalique sont le crânioclaste et le céphalotribe.

Réunir les qualités de ces deux instruments en un instrument unique, tel est le but que s'est proposé M. Auvard. L'embryotome céphalique combiné se compose de 3 branches, une centrale perforatrice, une seconde latérale analogue à la branche fenêtrée d'un crânioclaste ; la troisième un peu plus grande que la précédente également fenêtrée. Cet instrument a fourni de bons résultats expérimentaux et cliniques. — 2° *Téterelle biaspiratrice.* — La téterelle de M. Auvard, destinée à faciliter l'allaitement, en particulier dans les cas de gerçures du sein, se compose d'une cupule de verre se continuant avec 2 tuyaux de caoutchouc, l'un destiné à la mère, l'autre plus court devant être pris par l'enfant. La mère applique la cupule sur le mamelon, fait le vide dans le petit appareil de verre (vide possible grâce à une soupape qui se trouve dans la tétine de l'enfant), le lait afflue dans l'appareil, et pour l'aspirer l'enfant n'a qu'à exercer des mouvements de succion modérés.

M. Duhrssen (Berlin). — *Deux cas d'incisions profondes du col et d'incision du vagin et du périnée.* — Le 1er cas se rapporte à une primipare de 23 ans près de laquelle M. le Dr Dührssen fut appelé pour des attaques d'éclampsie. Cette malade en était à sa 9e attaque ; l'orifice extrême de l'utérus pouvait recevoir un doigt ; la partie supra-vaginale de l'utérus était dilatée ; la tête était à l'entrée du vagin. Il fut facile, après avoir fait 6 incisions profondes sur le col, incisions qui allaient jusqu'au point d'insertion du vagin, d'amener la tête par une traction jusque sur le

périnée ; on la fit sortir enfin à l'aide d'une petite incision pratiquée sur le périnée.

Après l'accouchement il y eut deux attaques ; les suites de couches furent normales. L'enfant, nourri au sein, est dans un état très florissant. Les 2 premières incisions latérales faites sur le col ne se sont pas réunies en se cicatrisant. Ce fait montre que, dans tous les cas où chez les primipares il y a danger pour la mère et l'enfant comme dans l'éclampsie en particulier, l'accouchement doit être tenté de suite, car il est possible sans danger pour la mère et l'enfant, alors même que l'orifice externe du col est encore complètement fermé. Il suffit, pour que l'accouchement puisse avoir lieu, que la partie supra-vaginale du col soit dilatée.

Dans le 2[e] cas il s'agit d'une femme de 46 ans, primipare, dont l'enfant bien portant est nourri au sein. Pour cette femme je fus appelé 12 heures après la rupture des membranes. L'utérus était littéralement collé sur le fœtus et il y avait prolapsus d'un bras dans une présentation irrégulière du crâne.

A la partie supérieure du vagin je trouvai un rétrécissement, que je ne pus franchir tout d'abord avec la main. Je dus faire trois incisions sur les bords de l'orifice de l'utérus pour vaincre la résistance. J'y ajoutai une incision sur le vagin et le périnée du côté droit, parce que lors d'une première tentative d'entrée avec la main tout entière, j'avais déchiré la colonne vaginale postérieure depuis la commissure postérieure et parce que je ne crus pas l'extraction possible sans une déchirure plus grande. Le passage du fœtus dans le vagin fut dès lors rendu très facile ; après avoir remis en place le bras qui était en procidence, ce que je fis avec une certaine peine, je pus franchir le point rétréci et faire la version.

L'extraction fut facile, sauf pour le crâne, gros et solide, qui résista un peu. L'enfant extrait en état de mort apparente, fut rappelé à la vie après une heure ; il pesait 3,750 gr. L'incision périnéo-vaginale fut suturée au catgut dans la moitié supérieure, au crin de Florence dans sa partie inférieure après avoir tamponné, pour arrêter complètement l'hémorrhagie, le canal utéro-vaginal avec de la gaze stérilisée, imprégnée d'une solution d'acide phénique à 3 0/0. La plaie guérit par première intention ; les suites de couches furent normales.

M. Dührssen a la conviction que dans ce cas, s'il n'avait pas fait

une incision sur le vagin et le périnée, l'accouchement d'un enfant vivant n'aurait pas pu être obtenu. Ce cas montre que chez les primipares âgées, si la rupture des membranes a eu lieu depuis quelques heures, on doit tenter de suite l'accouchement et le faire comme précédemment.

Ces deux faits montrent que dans de tels cas, où jusqu'à présent on laissait mourir les enfants, où on faisait l'accouchement au forceps, la perforation du crâne, ou même l'opération césarienne comme Halbestema, on peut obtenir l'accouchement sans danger d'un enfant vivant. M. Dührrsen dit que la seule condition nécessaire pour que sa méthode (incision du col, du vagin et du périnée) soit efficace, est la dilatation de la partie supra-vaginale du col.

M. le Dr Murphy (Sunderland) a communiqué un tableau de 42 cas de *placenta prævia* dont 5 lui sont personnels. Ces derniers sont les suivants : 1er *cas* : 31 juin 1882, placenta central, grossesse au 9e mois, chez une femme de 34 ans, ayant déjà eu 5 enfants. Hémorrhagies au 9e mois. Traitement : Ballon de Barnes ; décollement du placenta, version ; guérison de la mère, mais mort de l'enfant. — 2e *cas* : femme de 32 ans, ayant eu 7 grossesses ; hémorrhagies au 9e mois, placenta prævia partiel. Traitement : élargissement du col avec les doigts ; décollement du placenta ; version ; mère guérie et enfant vivant, 1er août 1882. — 3e *cas* : femme de 20 ans, une grossesse, très affaiblie ; hémorrhagie dès le 5e mois ; placenta central ; présentation de l'épaule ; dilatation avec les doigts, décollement du placenta, version ; mort de l'enfant, guérison de la mère, 8 mars 1883. — 4e *cas* : femme de 34 ans, 3 grossesses, de bonne santé, hémorrhagie au 8e mois ; présentation d'un bras ; placenta central. Traitement : ballon de Barnes ; décollement du placenta, version bipolaire ; guérison de la mère et de l'enfant, 4 février 1887. — 5e *cas* : femme de 40 ans, 10 grossesses, hémorrhagies au 9e mois ; placenta central ; même traitement que ci-dessus, même résultat, 15 août 1887. L'auteur rapporte 37 cas analogues dus à un grand nombre d'auteurs et décrit les différents traitements connus du « placenta prævia ».

M. le Dr P. Bröse (Berlin). — *Démonstration d'appareils électriques médicaux, alimentés par de l'électricité fournie par des machines dynamos.*

M. le Dr Bröse a présenté à la section les modèles des appareils

électriques qu'il a fait construire pour les usages gynécologiques avec l'aide de M. Georges Hirschmann ; ces appareils ont ceci de particulier qu'ils sont alimentés directement par l'électricité provenant de machines dynamos (1).

M. Duhrssen (Berlin). — *A propos de l'amputation du col de l'utérus.* — M. Dührssen rapporte une série d'amputations de la partie vaginale du col, empruntées à divers gynécologues de Berlin et dans lesquelles il se développa après l'opération, une paramétrite ou une périmétrite postérieure. D'après l'auteur, cette complication est due à ce que les fils de sutures sont placés dans le tissu cellulaire rétro-utérin ou même enserrent le péritoine ; mais elle se produisait aussi quand la section de la portion vaginale a été faite au-dessous du niveau de la voûte postérieure du vagin, dans les cas où la plaie d'excision de la lèvre postérieure, présente une conformation spéciale. Le tissu conjonctif de la paroi vaginale, constitué par deux faisceaux, l'un inférieur, l'autre supérieur, s'avance jusque sur la lèvre postérieure du col. Sur une coupe de celle-ci, on voit que l'un d'eux, l'antérieur, limite le canal cervical, auquel il assure une constitution solide ; le second, le postérieur, se continue directement de la paroi vaginale postérieure dans la partie postérieure de l'utérus. Ce faisceau postérieur est surtout développé dans la métrite chronique ; il est alors très résistant. Quand on fait une amputation du col, on sectionne sur la lèvre postérieure le faisceau inférieur ; alors, la muqueuse vaginale du col se rétracte en arrière vers la paroi vaginale et se confond avec elle. La rétraction de ce faisceau inférieur est d'autant plus marquée que le faisceau supérieur est plus épaissi et plus enflammé. Par suite, quand on fait des excisions cunéiformes du col assez profondes, le tissu cellulaire rétro-utérin et le péritoine sont placés sur le fond de la plaie. Qu'il se développe une

(1) Nous avons, il y a plus de six mois déjà, indiqué dans le *Progrès médical*, cet usage possible des dynamos ; à l'occasion d'une visite au Dispensaire Péraire, où sont installés des appareils électriques qui ne sont pas, il est vrai, employés pour le traitement d'affections d'ordre gynécologique, nous avons montré quels bénéfices on pourrait retirer de l'utilisation de tels appareils pour le traitement des fibromes utérins dans les dispensaires ; mais nous reconnaissons sans peine que M. Bröse a le premier mis en pratique à Berlin ces idées qui nous semblent mériter toute l'attention des médecins compétents. (Marcel B...)

... fil profondément placé (et l'oc-
... est fournie par l'existence dans les
... nombreux) et une périmétrite
... en est la conséquence fréquente.
... et prévenir cette complication
... le la métrite chronique, contre les-
... l'amputation du col, M. Dührssen
... la plaie de la lèvre postérieure du col
... au catgut et de réunir ensuite, par-des-
... muqueuses du col et du vagin. Il a procédé
... cas : après incision bilatérale, après
... la lèvre antérieure du col, il a fait l'ex-
... et a suturé les incisions latérales par
... A ce moment la plaie, à la partie posté-
... avait une forme sagittale ; cette plaie
... réunie elle-même à l'aide de deux
... l'autre superficielle. Dans ces deux
... pour une érosion du col, symptoma-
... mais dans le dernier cas, l'auteur fit
... du col et des injections de chlorure
... souvent avec l'Emmet ou les opé-
... du col. L'amputation du col est
... cervicales, quand elles existent à l'ori-
... par l'*ourlure* d'Hégar, c'est-à-
... vaginale à la muqueuse cervicale
... cette méthode, Gusserow a guéri
... Dans la sténose de tout le ca-
... interne, la dilatation est indi-
... rapide et non douloureux.
... séances a vu une femme de 45 ans
... avait avorté une fois, au commen-
... à 20 ans.

D[r] MARCEL BAUDOUIN.

... DE MÉDECINE

... des suppurations d'origine utérine ayant
... annexes (trompes, ovaires, ligaments

La thérapeutique chirurgicale des suppurations de l'utérus et de ses annexes a été longtemps imparfaite, en raison même de l'incertitude de leur cause première. Depuis que les travaux modernes ont démontré l'unité pathogénique des diverses variétés de ces suppurations, les chirurgiens se sont ingéniés, non seulement à les attaquer dans leurs manifestations les plus évidentes, mais encore à rechercher leur point de départ pour mieux les combattre. Or, on sait aujourd'hui que ce point de départ réside le plus souvent dans l'utérus, à l'origine tout au moins. Aussi, loin de traiter seulement et isolément les pyo-salpingites, les ovarites,les péritonites suppurées, les phlegmons du ligament large, un certain nombre de chirurgiens ont pensé que l'on devait, en même temps, s'adresser à l'endométrite suppurée qui leur a donné naissance.

Cette conception nouvelle a été certainement le point de départ de tous les progrès accomplis dans le traitement de ces sortes d'affections. La découverte de l'hémostasie par pincement des vaisseaux et l'emploi des antiseptiques y ont également contribué dans une large mesure. De nos jours, les chirurgiens ne se contentent plus, comme autrefois, de ponctionner les phlegmons du ligament large et d'inciser les abcès des culs-de-sac de Douglas : toutes les fois qu'ils rencontrent une suppuration en apparence limitée à ces régions, ils recherchent avec soin s'il n'existe aucune manifestation suppurative du côté de l'utérus, des trompes ou des ovaires et ne redoutent pas de donner issue au pus, quel que soit l'organe qui le renferme.

La suppuration est-elle *limitée à l'utérus* (corps ou col) ?

Les moyens généralement mis en usage peuvent donner de bons résultats. Les plus simples consistent à modifier la muqueuse par des antiseptiques, des topiques astringents ou légèrement caustitiques, tels que la créosote, la teinture d'iode, les solutions de nitrate d'argent, de chlorure de zinc, la pâte de Canquoin.

Lorsque ces divers moyens ont échoué, il est bon d'essayer la dilatation progressive ou le curettage de l'utérus. Ces modes de traitement sont souvent efficaces lorsque la suppuration est encore récente et bien limitée à la muqueuse utérine.

Il est absolument indispensable que les instruments qui servent à ces petites opérations soient parfaitement aseptiques. Elles deviendraient autrement dangereuses, et il nous serait facile de citer nombre de cas dans lesquels des affections simplement catar-

rhales du col et du corps de l'utérus ont suppuré, faute de ces précautions, et où la suppuration s'est propagée à ses annexes (trompes, ovaires, ligaments larges et péritoine).

Celle-ci *occupe-t-elle à la fois l'utérus et les trompes?*

La dilatation dont nous venons de parler, faite d'une façon méthodique, pourra, non seulement amener la guérison de l'endométrite suppurée, mais encore favoriser l'écoulement, dans l'utérus, du pus enkysté dans les trompes. Malheureusement, on ne doit pas compter d'une façon absolue sur ce mode de guérison.

Aussi, lorsque les trompes et les ovaires semblent être le siège d'une collection bien enkystée, la plupart des chirurgiens n'hésitent pas aujourd'hui à ouvrir l'abdomen sur la ligne médiane, à plonger la main au fond du bassin pour examiner l'état des organes pelviens et à les enlever s'ils les trouvent enflammés.

La bénignité de la castration tubo-ovarienne abdominale dans le cas d'inflammations catarrhales, la facilité avec laquelle se fait cette opération, expliquent l'abus qu'on en a fait depuis Lawson Tait. En réalité, cette castration est excellente quand la suppuration est bien limitée à ces organes, quand la tumeur ovaro-salpingienne est petite, sans adhérences sérieuses avec les viscères ou le péritoine pelvien. Elle devient autrement insuffisante et dangegereuse, et il importe de varier la conduite suivant le siège de la collection purulente et suivant l'état du reste des annexes.

Lorsque les ligaments larges, les ovaires et le péritoine pelvien sont sains, lorsque la suppuration tubaire est unilatérale, située dans le voisinage immédiat de l'utérus, nous désinsérons le vagin de ce côté, décollons le péritoine de la face latérale correspondante de l'utérus et incisons largement le foyer suppuré sans ouvrir la cavité péritonéale. Nous avons soin de fixer au niveau du vagin, par des fils métalliques, un drain qui facilite l'écoulement du pus et les lavages de la poche purulente.

Au contraire, si la suppuration est très étendue, ancienne et grave, nous n'hésitons pas à pratiquer l'hystérectomie vaginale totale.

La collection purulente *a-t-elle pour siège les culs-de-sac péritonéaux?*

Si la péritonite est primitive (cas rares), bien localisée aux culs-de-sac du péritoine pelvien, le chirurgien doit agir comme s'il se trouvait en présence d'un simple abcès. Par une longue incision

de l'espace péritonéo-vaginal faite en suivant le pourtour de l'utérus, il assurera au pus une large issue. Si la section de quelque vaisseau important donne lieu à une hémorrhagie, il suffit pour l'arrêter d'y mettre une pince. Le drainage consécutif de la poche purulente favorise une prompte guérison. Il importe que le drain soit volumineux, en canon de fusil, à demeure, c'est-à-dire fixé aux lèvres de la plaie par une ou deux anses de fil métallique conduit avec notre chasse-fils. Dès que le tube est fixé, on ferme autour de lui la plaie par suture au moyen de quelques anses de fil métallique qui réunissent les lèvres de la plaie utéro-vaginale. Des injections antiseptiques faites régulièrement tous les jours permettent à la cavité de se combler peu à peu par bourgeonnement de ses parois et s'opposent aux dangers de la septicémie.

Si la pelvi-péritonite est consécutive à une endométrite suppurée qui s'est propagée aux trompes et aux ovaires, cette simple ouverture avec drainage de la cavité ne suffit plus. Il est alors préférable, pour soustraire la malade aux nombreux dangers auxquels elle est exposée, d'enlever l'utérus et ses annexes en totalité.

La suppuration est-elle *située dans les ligaments larges ?*

Lorsqu'on a affaire à un phlegmon primitif du ligament large, la guérison s'obtient facilement par l'ouverture de la collection purulente, le drainage et les injections antiseptiques.

Supposons que ce phlegmon soit secondaire à une endométrite suppurée et que le ligament large et l'utérus soient seuls atteints de suppuration. Le traitement le plus efficace consiste à traiter, d'une part l'endométrite par les moyens que nous avons indiqués plus haut, et d'autre part, à donner issue par le vagin au pus contenu dans le ligament large, soit en incissant directement l'abcès lorsqu'il bombe dans le vagin, soit en disséquant le bord latéral de l'utérus sans ouvrir le péritoine lorsque le pus est profondément situé. Comme dans les cas précédents, le drainage et les injections antiseptiques sont indispensables ainsi que la fermeture de la plaie autour du drain.

Mais si la suppuration, en même temps qu'elle occupe l'endomètre et le ligament large, envahit les annexes de l'utérus et à plus forte raison les culs-de-sac péritonéaux, ces moyens pourront être impuissants à sauver les malades. Il faudra, dans ces conditions, non seulement ouvrir les foyers purulents du ligament large et les drainer, mais enlever l'utérus et au besoin, les trompes et les ovaires.

C'est la conduite qu'on devra tenir en présence de ces cas extrêmement graves où le pus a fusé loin des ligaments larges dans le tissu cellulaire du bassin ou s'est fait jour dans l'un des viscères pelviens.

L'ablation de l'utérus en pareil cas présente des difficultés sérieuses, en raison des adhérences nombreuses, fortes, qui relient parfois les deux faces et le fond de l'utérus aux organes voisins, et les annexes sont maintenues dans une position vicieuse par des fausses membranes fibreuses, vasculaires, inextensibles. Il est par ce fait très difficile de décoller ces organes et de faire basculer dans le vagin le fond de l'utérus. Il va sans dire que les difficultés redoublent lorsque le vagin est étroit, rigide, lorsque la cloison vésico-vaginale est refoulée, œdématiée, le cul-de-sac vagino-péritonéal épaissi, distendu, effacé.

Les précautions préliminaires sont les mêmes que pour toutes les opérations de ce genre : purgation, traitement opiacé. Le pubis, les grandes lèvres doivent être rasés, le vagin soigneusement désinfecté et aseptisé par des injections au sublimé. Opérateur et aides doivent se conformer aux règles de l'antisepsie la plus rigoureuse.

La malade chloroformée est couchée dans le décubitus latéral gauche, le membre inférieur droit replié sur la poitrine, le gauche allongé. L'opérateur se place en face du vagin et fait abaisser ou relever a table d'opération de façon à ce que le siège de la malade soit — l'opérateur étant assis — à peu près à la hauteur de la poitrine. L'aide de gauche se tient debout entre la jambe droite repliée et la gauche étendue. L'aide de droite est en dehors de cette dernière. Un troisième aide est chargé de relever la fesse droite ou supérieure.

Dans un premier temps, les aides placés de chaque côté rétractent avec quatre valves plates, les parois du vagin de façon à permettre à l'opérateur de voir les lèvres du côté de l'utérus et de les attirer à la vulve avec une pince de Museux. Cette pince doit avoir des dents assez larges pour éviter la déchirure du tissu utérin devenu souvent très friable. Le col est alors désinséré dans toute sa hauteur.

Pendant cette désinsertion, les vaisseaux de l'espace péritonéo-vaginal saignent presque toujours assez abondamment. C'est du reste la règle toutes les fois qu'on opère dans une région voisine d'un tissu enflammé. Si l'hémorrhagie par son abondance devient

gênante, on l'arrête en plaçant sur les vaisseaux sectionnés quelques pinces hémostatiques.

Immédiatement après la désinsertion, on ouvre les culs-de-sac péritonéaux. A ce moment, lorsque la collection purulente occupe ces culs-de-sac ou le tissu cellulaire péri-utérin, le pus sort en abondance. Mais cet écoulement n'est qu'un épisode sans importance. Qu'il se produise ou non, la règle que suit l'opérateur est toujours la même.

Il doit, dans un second temps, lorsque la castration lui paraît indiquée, détacher avec les doigts les faces antérieure et postérieure de l'utérus. Pendant ce temps, et à mesure que ce dégagement a lieu, les valves sont introduites plus profondément, de façon à écarter du champ opératoire le péritoine décollé et à protéger la vessie et les uretères. Il ne reste plus qu'à pincer et à sectionner les ligaments larges.

Nous plaçons à cet effet, sur la base de l'un de ces ligaments, deux ou trois pinces-longuettes à mors droits ou courbes, en ayant soin de sectionner toutes les parties pincées avant d'appliquer une nouvelle pince. La section doit être faite le plus près possible du tissu utérin. Il ne faut jamais songer, comme l'ont fait à tort quelques chirurgiens dans le cancer de l'utérus, à pincer d'un seul coup chaque ligament de bas en haut dans toute sa hauteur. En agissant ainsi, on s'expose à serrer entre les mors de la pince un des uretères ou une anse d'intestin. L'opérateur doit toujours voir et savoir ce qu'il fait.

Lorsque l'un des ligaments larges a été sectionné, rien n'est plus facile, s'il n'existe pas d'adhérences, que de faire basculer dans le vagin le fond de l'utérus, de pincer de haut en bas l'autre ligament large et de libérer la matrice.

Mais les choses ne se passent pas toujours d'une façon aussi simple. La section progressive de bas en haut de l'un des ligaments larges, d'ailleurs si avantageuse, ne permet pas toujours d'enlever l'utérus d'une seule pièce. Le chirurgien est souvent obligé de recourir au morcellement de cet organe pour arriver à la partie supérieure de l'utérus qu'il peut dès lors, facilement dégager des parties voisines, soit par simple décollement, soit par section après pincement préventif. C'est le seul moyen d'enlever cet organe complètement sans crainte de léser les parties voisines, lorsqu'il existe des adhérences entre lui et les viscères pelviens.

Telle est la meilleure méthode d'hystérectomie vaginale totale

dans les cas de suppuration de l'utérus et de ses annexes. Lorsque l'utérus a été enlevé, il est facile de se rendre compte de l'état des annexes, et d'exciser les trompes et les ovaires si on le juge nécessaire. Ces opérations complémentaires se font rapidement et sans qu'on ait à redouter une hémorrhagie, grâce au pincement préventif et définitif.

Le pansement consiste à tamponner le vagin avec des éponges et des tampons saupoudrés d'iodoforme. Une sonde est laissée à demeure dans la vessie pendant les premiers jours. Elle prévient les rétentions d'urines si fréquentes après les opérations qui portent sur le vagin et l'utérus. Les pinces qui avaient été placées pendant l'opération sur les ligaments larges et les vaisseaux de quelque importance, ne sont retirées qu'après trente-six ou quarante-huit heures. Après ce laps de temps, l'hémostasie est définitive même pour des vaisseaux de gros calibre. On est de ce fait dispensé de lier les vaisseaux et de fermer la plaie vaginale. On gagne ainsi un temps extrêmement précieux. A partir du moment où les pinces sont enlevées, on fait journellement, et même plusieurs fois par jour, des injections d'eau sublimée ou phéniquée.

Il est vraiment merveilleux de voir combien sont favorables les suites opératoires. Dès les premiers jours, la température, qui était de 40 à 41 degrés, le pouls qui était petit, filiforme, rapide (120 à 140 pulsations), reviennent à la normale. La teinte terreuse des téguments s'efface ; les troubles gastriques disparaissent, le moral se relève. La vessie et le rectum reprennent leurs fonctions et la convalescence marche à grands pas. Bien que nous ayons opéré plus de cinquante malades dans les conditions les plus fâcheuses, nous n'avons eu aucune mort à déplorer. Les récidives ne sont pas à redouter. Les malades sont guéries radicalement, puisque l'utérus, qui contribue avec les ovaires et les trompes à produire les douleurs insupportables que nous avons signalées, est enlevé dans sa totalité.

On nous opposera que l'hystérectomie vaginale totale n'est pas indispensable, même dans ce cas, et que la castration tubo-ovarienne abdominale peut amener la guérison. Tel n'est pas notre avis.

Comme nous l'avons dit plus haut, la castration tubo-ovarienne abdominale donne de bons résultats lorsqu'il n'existe que des salpingo-ovarites catarrhales, ou lorsque les tumeurs tubaires ou ovariennes suppurées, sont de petit volume, récentes et sans adhérences fibreuses, bien vascularisées. Mais il n'en est pas de même

lorsque les conditions sont différentes, ce qui d'ailleurs est loin d'être rare, lorsque par exemple, la suppuration s'est propagée aux organes du voisinage (péritoine, ligament large).

Deux cas peuvent se présenter : les collections tubo-ovariennes suppurées et très adhérentes sont petites ou grosses. Lorsqu'elles sont volumineuses, qu'elles s'élèvent au-dessus du détroit supérieur et que, par des manœuvres délicates, leur paroi peut être rapprochée de la plaie abdominale, rien n'est plus aisé que de la fixer à cette dernière. On ouvre alors aussi largement que possible la poche purulente afin de permettre au pus de s'écouler librement au dehors. On pratique ensuite le drainage abdominal seul ou abdomino-vaginal. La malade peut guérir, mais la plaie met parfois des mois à se cicatriser.

Lorsqu'au contraire la poche suppurée est trop petite, trop profonde et trop adhérente pour pouvoir être attirée au dehors, soit partiellement, soit totalement, la fixation devient impossible, et le chirurgien se trouve dans la nécessité de refermer l'abdomen, sans avoir atteint le but qu'il se proposait, après avoir fait courir à la malade, sans aucun bénéfice pour elle, les chances d'une opération sérieuse. Le plus souvent, il s'efforce de dégager la tumeur, exerce sur elle des tractions aveugles et brutales, pendant lesquelles le kyste purulent se rompt dans la cavité péritonéale. Pour éviter les suites fâcheuses de cette rupture, il est obligé de laver à grande eau la séreuse abdominale. L'opération dure toujours un temps très long, et la malade, lorsqu'elle parvient à se relever du shock, lorsqu'elle échappe à la péritonite, conserve pendant des années, parfois même pendant toute sa vie (obs. de Spencer Wells), une fistule sinon dangereuse, du moins fort désagréable.

Malgré toutes ces difficultés, nous avons pendant longtemps pratiqué cette méthode avec des résultats relativement favorables, non sans en reconnaître les inconvénients. Depuis de nombreuses années, nous avons constaté qu'elle ne permet pas toujours de guérir toutes les malades, même lorsque les collections purulentes sont en apparence dans les meilleures conditions opératoires.

Ce n'est en effet pas sans un certain étonnement que nous avons vu reparaître au bout d'un laps de temps relativement court, six mois à deux ans, après l'ablation des trompes et des ovaires, des douleurs aussi intolérables que celles qui avaient nécessité l'opération antérieure. Un examen approfondi de ces malades nous

démontra que le point de départ de ces douleurs était dans l'utérus, et nous fûmes obligés d'enlever à son tour cet organe. C'est seulement après cette castration utérine terminale que les souffrances disparurent et que les malades furent définitivement guéries.

De l'exposé qui précède, nous tirerons les conclusions suivantes :

Dans les cas simples, on peut se contenter de tarir immédiatement la source de la suppuration lorsque celle-ci est limitée à l'utérus.

Lorsqu'elle est bien circonscrite au péritoine, au ligament large, à l'une des trompes ou des ovaires, il suffit de donner issue au pus par le vagin ou par l'hypogastre.

Mais lorsque la suppuration est étendue à plusieurs de ces organes, qu'il existe des foyers multiples, vastes, adhérents aux viscères voisins, il est préférable de recourir d'emblée à l'hystérectomie vaginale totale. Cette méthode, en effet, offre beaucoup plus d'avantages que la castration tubo-ovarienne abdominale, dont les indications sont restreintes, puisqu'elle ne s'adresse qu'aux cas relativement simples, et puisque, dans les cas graves, elle livre absolument tout au hasard ; si, après l'ablation du kyste purulent, la suppuration cesse ou se fait jour au dehors par le drain, les malades guérissent, mais conservent pendant de longs mois une fistule des plus incommodes.

Du reste, après la castration tubo-ovarienne abdominale, les choses ne se passent pas toujours ainsi, et il n'est pas rare de voir la mort arriver rapidement par péritonite suraiguë, même lorsque les lavages et les drainages ont été faits avec le plus grand soin par des chirurgiens qui se vantent d'appliquer, avec une rigueur extrême, la méthode antiseptique. Parfois, ce dénouement se fait attendre un peu plus longtemps. Les malades continuent, malgré l'opération, à avoir le soir des températures élevées, à manquer d'appétit, et au bout d'un temps plus ou moins long, elles succombent aux progrès incessants de la septicémie.

Celles qui guérissent sont condamnées à porter jusqu'à la fin de leurs jours une ceinture abdominale qui réussit à peine à les préserver d'éventrations considérables et de hernies volumineuses, désagréables, dangereuses. Lorsqu'elles échappent à ces inconvénients, elles se voient affligées d'énormes cicatrices chéloïdiennes, qui non seulement les déparent, mais déterminent parfois des douleurs insupportables.

L'hystérectomie vaginale primitive, faite d'après notre méthode, est une opération bien autrement avantageuse à tous égards.

Elle convient à toutes suppurations graves de l'utérus et de ses annexes. La lecture de nos observations montre qu'elle permet de sauver des malades minées par la fièvre hectique et condamnées à une mort prompte, certaine.

Elle n'est pas contre-indiquée par la présence de fistules vaginales, vésicales ou rectales. Nous avons observé, dans nombre de cas, que ces fistules cèdent d'elles-mêmes au bout de quelques semaines.

L'étendue de la poche purulente ne doit point faire reculer davantage le chirurgien. Nous avons obtenu par l'hystérectomie vaginale primitive des résultats merveilleux dans des cas où le pus, s'élevant au-dessus du détroit supérieur, occupait les fosses iliaques droite et gauche et remontait jusqu'au niveau de l'ombilic.

Ces énormes poches simulent des tumeurs solides, bosselées, d'aspect sarcomateux, et n'étaient les symptômes fébriles du début, la marche de la maladie, qui datent de plusieurs années, on pourrait croire qu'on se trouve en présence d'un sarcome inopérable. Après l'extirpation totale de l'utérus, nous avons vu le foyer mis à nu laisser écouler au dehors plusieurs litres de pus.

Au point de vue de l'antisepsie et des suites opératoires, la comparaison est en faveur de l'hystérectomie vaginale. Le pus s'écoule au dehors par une voie large, déclive, naturelle ; par suite, il n'a aucune tendance à infecter le reste du péritoine. D'ailleurs, les lavages de la poche suffiraient à écarter toute cause de septicémie. Donc aucun danger de péritonite.

La guérison se produit avec une rapidité extraordinaire. Dès la deuxième semaine, les malades se lèvent et marchent. Elles sont guéries au bout de la troisième semaine.

Les récidives ne sont pas à redouter comme dans la castration tubo-ovarienne abdominale, l'utérus étant supprimé dans sa totalité.

La castration utérine vaginale supprime naturellement les inconvénients de la laparotomie : cicatrice simple ou chéloïdienne, port de bandage, hernies. La plaie cachée au fond du vagin est invisible, solide, résistante.

L'hystérectomie vaginale primitive offre encore sur la castration tubo-ovarienne abdominale des avantages d'ordre opératoire.

Elle permet d'isoler plus facilement l'utérus des organes voisins, de mieux apprécier l'état de ces organes et d'évacuer sans peine les foyers contenus dans le péritoine et les ligaments.

L'opérateur peut, en outre, suivant les lésions qu'il rencontre, modifier plus ou moins sa conduite.

Constate-t-il, l'utérus enlevé, que les trompes sont envahies par le pus? Il pourra à volonté les enlever ou les laisser. La salpingectomie n'est pas indispensable. En effet, après la section des ligaments larges, les trompes sont largement ouvertes pour que le pus puisse s'écouler facilement au dehors par la brèche vaginale.

Se trouve-t-il en présence d'une ovarite suppurée? S'il s'agit de petits abcès de l'ovaire, rien n'est plus simple que de dégager cet organe du cul-de-sac de Douglas ou de la paroi pelvienne, de l'attirer dans la plaie et de l'exciser après avoir eu soin de pincer ou de lier son pédicule. Si le kyste ovarien est considérable, il est toujours possible de l'amener jusqu'à la plaie vaginale et de le suturer à cette dernière. Après l'incision de cette poche, le pus passe directement dans le vagin et y trouve une issue facile.

Suivant les cas, le chirurgien pourra donc faire l'hystérectomie vaginale simple, soit l'hystéro-salpingectomie, soit l'hystéro-salpingo-ovariotomie.

Existe-t-il un foyer dans le péritoine ou dans le ligament large, l'ablation de l'utérus suffit à l'évacuation complète du foyer purulent qui se comblera rapidement, quelque grande que soit son étendue, grâce au drainage et aux injections antiseptiques.

Il serait puéril, en présence de suppurations graves de l'utérus et de ses annexes, de se laisser arrêter par des considérations philosophiques sur la fonction de ces organes. Elle est anéantie par le fait même de la maladie.

Comme on le voit, la castration utérine vaginale doit être considérée comme la méthode de choix de l'avenir. Elle sauvegarde tout à la fois la réputation du chirurgien et la santé des malades.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

DES RÉCIDIVES ABERRANTES ET TARDIVES DES KYSTES DE L'OVAIRE

Par le **Dr Ch. Audry**, interne des hôpitaux de Lyon.

Nous ne nous occuperons pas ici des généralisations des tumeurs kystiques de l'ovaire ; elles sont bien et partout décrites ; le lecteur français trouvera dans la thèse de Poupinel (Paris, 1886) tous les renseignements désirables. Les récidives sous formes de tumeurs malignes échappent également à notre description, elles sont parfaitement étudiées dans le travail de M. Terrillon (*Bull. de la Société de chir.*, 1885).

Enfin, nous exclurons de cette courte étude les récidives survenues dans l'autre ovaire et ayant entraîné une seconde ovariotomie : ces faits sont classiques et connus de tous.

Nous entendons par « *récidives des kystes de l'ovaire* », *celles qui succédant, après un laps de temps plus ou moins considérable, à une ovariotomie pratiquée contre un kyste ovarique bénin, du type régulier, reproduisent la marche clinique et l'apparence de la tumeur initiale en conservant son pronostic relativement favorable.*

Tous ces faits sont très rares.

On peut avoir affaire soit à des *récidives sur place*, dans le pédicule, soit à des *récidives à distance*.

1° Nous ne connaissons au sujet des premières que les faits relatés par Olshausen (1). Il donne 4 observations dont une, la plus ancienne, est due à Weinlechner; 2 lui sont personnelles; la quatrième appartient à Schrœder. Dans ces 4 cas, la première extirpation avait été incomplète, et, presque toujours intentionnellement, on avait laissé en place des fragments de néoplasme, qui subirent secondairement le développement kystique et furent enlevés.

2° Bien qu'il en existe certainement de semblables, je n'ai pas pu découvrir, au sujet des récidives à distance, d'autre observation que celle qui suit; je l'ai recueillie dans le service de M. le Dr Laroyenne qui l'a opérée à 2 reprises, à dix ans d'intervalle.

Son histoire paraît d'ailleurs de tous points très remarquable.

OBS. — *Kyste de l'ovaire. — Grossesse. — Accouchement spontané. — Ovariotomie en 1880. — En 1888, apparition d'une tumeur dans la région du foie. — En 1890, accouchement. — Ouverture spontanée de la tumeur. — Extirpation 3 mois plus tard d'une poche de structure absolument identique à celle des kystes de l'ovaire. — Guérison.*

Veuve Fovr..., âgée de 40 ans, est au n° 1 de la salle Ste-Marie de la Clinique gynécologique.

La malade a vu ses premières règles avant l'âge de 10 ans; depuis cette époque, la menstruation a été toujours régulière; la malade ne présenta d'ailleurs aucun accident pathologique pendant l'enfance. Elle a eu son premier enfant à 23 ans.

En 1880, âgée de 30 ans, elle redevint enceinte; parallèlement à sa grossesse elle présenta bientôt tous les signes d'une tumeur kystique très considérable; celle-ci s'accrut avec rapidité; une ponction faite un mois avant le terme donna 15 litres de liquide

(1) Krankheiten der Ovarien. *Deutsch. Chir.* Lief. 58.

clair qui se reproduisit aussitôt ; l'accouchement se fit facilement et spontanément ; la malade dit que le développement de son abdomen était tel que l'expulsion de l'enfant ne modifiait pas sensiblement les apparences. 3 mois plus tard, M. le Dr Laroyenne fit l'ovariotomie ; la malade guérit sans accident ; mais 2 mois après elle offrait déjà les signes d'une éventration au début.

En 1884, 3e accouchement sans incident.

Il y a 2 ans que la malade s'est aperçue pour la première fois de la présence dans l'hypochondre droit d'une tumeur indolente du volume d'un gros poing, adhérente à la paroi abdominale. Depuis cette époque, cette tumeur n'a présenté dans son siège, ni dans son volume aucune modification.

En janvier 1890, étant enceinte de 7 mois, la malade prit l'influenza, puis une bronchopneumonie qui guérit. Elle accoucha au mois de mars d'un enfant vivant et bien portant.

Mais quelques semaines plus tard, la malade vit brusquement la peau qui correspondait à la tumeur devenir violacée ; dès le lendemain matin elle s'ulcéra ; M. Gouilloud qui la vit alors fit un débridement qui donna issue à une certaine quantité de liquide citrin, visqueux, absolument identique d'aspect à celui d'un kyste ovarien.

Enfin, elle eut encore à guérir d'un abcès de la fesse qui fut incisé et drainé par le chirurgien de la Maternité, M. le Dr Vincent. Ce dernier la fit passer dans le service de M. le Dr Laroyenne au commencement de juin 1890.

A ce moment, la malade, outre une large éventration au niveau de la ligne blanche, sous la cicatrice de l'ancienne ovariotomie, présente, à 0,07 environ au-dessous des fausses côtes droites, un trajet fistuleux occupé par un drain qui livre passage à une grande quantité de pus mélangé à de la sérosité visqueuse. Ce trajet fistuleux paraît très long et se dirige en bas et en dedans. Le palper indique l'existence d'une volumineuse tumeur sous-jacente à la fistule, tumeur fixée à la paroi, et se prolongeant du côté du pubis. Cependant, il n'est pas possible de la suivre dans la cavité pelvienne, et d'autre part les renseignements fournis par le toucher sont nuls.

Le liquide n'a aucun des caractères des liquides hépatiques, biliaires ou hydatiques, et reste au contraire très semblable à ceux de l'ovaire kystique.

On diagnostique un kyste de l'ovaire adhérent par son sommet à la paroi abdominale qu'il a ulcérée.

Le 9 juin, 2e opération par M. le Dr Laroyenne. — Une incision de 10 centim., partie de la fistule et se dirigeant verticalement en bas ouvre largement la paroi abdominale, puis la poche qui est adhérente dans toute son étendue. Cette poche, très épaisse, très irrégulière, présentant çà et là des diverticules est tapissée par des sortes de fausses membranes blanchâtres, peu adhérentes.

En la séparant des parois de l'abdomen, on constate qu'elle est insérée sur la masse intestinale. D'autre part, on voit qu'elle est, en bas, exactement limitée à l'extrémité inférieure de l'incision, et qu'elle ne présente au-dessous de la ligne ombilicale aucune espèce de prolongement,

La partie supérieure de la poche est fixée contre la face supérieure du foie; en la décortiquant, on met à nu la vésicule biliaire qu'on ponctionne pour se mettre hors de toute cause d'erreur, et qu'on suture ensuite.

A ce moment, la partie droite et supérieure de la plaie est remplie par l'estomac qu'on maintient réduit.

Le bord inférieur du foie encadre en haut la surface restante de la poche qui se trouve manifestement insérée à un bloc intestino-épiploïque.

On enlève avec précaution tout ce qu'il est possible ; mais l'on est bien forcé de laisser la surface assez mince qui représente le pédicule, surface un peu moins large que la paume de la main.

On suture alors les bords de cette plaque à la paroi abdominale, d'abord en passant en avant de l'estomac qui est définitivement réduit et maintenu. On agit de même au niveau du foie après avoir arrêté par un fil de soie une légère hémorrhagie du tissu hépatique entamé au niveau d'une adhérence. On complète enfin cette suture de la surface néoplasique à la paroi en utilisant autant que possible les débris subsistants des adhérences. Enfin l'on réunit les 2/3 inférieurs de l'incision primitive.

A ce moment, toutes les sutures achevées, la malade présente une cavité peu profonde, bien limitée, largement ouverte qu'on bourre avec de la gaze iodoformée en adoptant la technique de Mikulicz.

Gaze iodoformée. Coton salicylique. Bandage de corps.

Les suites opératoires ont été d'une simplicité absolue. 12 jours

après l'opération on fit le premier pansement. Tout était réuni, sauf, bien entendu, au niveau de la surface cruentée ; cette dernière, rétrécie de plus de moitié, était presque de niveau avec la peau un peu recroquevillée.

Le 30 juin. La cicatrisation marche activement, et la guérison sera complète sous peu de jours.

Examen de la pièce. — En examinant de près les fragments de tumeur enlevés, on constatait qu'on avait affaire à une série de tissus de nature et d'aspect très différents. Nous avons déjà parlé des fausses membranes blanches, épaisses, molles qui revêtaient la face interne du kyste. Une bonne partie de ce qui restait était constituée par des adhérences et des exsudats d'origine évidemment péritonéale ; ces masses d'ailleurs organisées et vasculaires enveloppaient des fragments de couleur jaunâtre imprégnés de liquide citrin légèrement visqueux et semé çà et là de petites cavités peu nombreuses, très irrégulières.

Voici ce que m'a donné l'examen microscopique de ces fragments (1).

La majeure partie est constituée par des masses de tissu conjonctif plus ou moins fibreux, toujours adulte, orienté irrégulièrement; elles sont çà et là dissociées par des traînées hémorrhagiques. Ce tissu fibreux circonscrit des cavités très variables de forme et de dimensions. Nous n'avons pu découvrir à la surface des grands kystes que des traces d'épithélium aplati, déformé, qui manquent en beaucoup de points.

Les petits kystes sont nettement circonscrits par une rangée de bel épithélium cylindrique dont les noyaux occupent le pied et qui est parfaitement *typique*. Çà et là, dans les cloisons plus ou moins minces qui séparent les petites cavités, on trouve des végétations épithéliales très belles, formées par des tubes d'une seule rangée d'épithélium cylindrique semblable au précédent, de telle sorte que l'aspect général de la préparation est absolument identique avec celui que donnent les kystes de l'ovaire uni ou pauciloculaires à évolution normale. J'ajoute qu'on ne trouve pas

(1) Durcissement par alcool, gomme et alcool. Coloration par le carmin aluné ou l'hématoxyline de Klebs ; déshydratation dans l'alcool éosiné. Essence de girofle. Résine de Dammar.

(Laborat. du professeur Renaut dont nous avons eu l'honneur d'être le préparateur.)

de cellules caliciformes bien nettes, et que je n'ai pas non plus découvert de cils à la surface des rangées d'épithélium cylindrique.

Il y a surtout à noter dans la précédente observation:

1° L'apparition tardive d'une tumeur cysto-épithéliale de l'ovaire se manifestant longtemps après une ovariotomie;

2° La lenteur de son évolution; la bénignité de son type clinique et histologique;

3° Son développement en un point très éloigné de la souche primitive avec laquelle elle a perdu toutes ses connexions.

En somme, il y a eu récidive d'un kyste de l'ovaire, et récidive sur greffe. L'interprétation de cet accident ouvre le champ à de nombreuses hypothèses. En réalité, il paraît probable qu'une adhérence n'a pas été complètement détachée lors de la première intervention. Peut-être s'agissait-il d'une adhérence pariétale; mais il est plus probable qu'elle était intestinale. En pareil cas, les opérateurs laissent souvent sur l'intestin une couche aussi mince que possible de la paroi externe du kyste, pour éviter de décortiquer le péritoine, de compromettre ainsi la vitalité de l'anse dénudée, et de s'exposer à des hémorrhagies fort gênantes, et fort difficiles à arrêter.

Dans le fragment de kyste abandonné, il est resté quelque débris d'épithélium cylindrique qui après avoir sommeillé, s'est mis à végéter silencieusement en suivant exactement les habitudes de la tumeur mère.

Cette adhérence était-elle dès le début fixée sous le foie? A-t-elle au contraire suivi les pérégrinations d'une anse intestinale mobile dans l'abdomen jusqu'au jour où d'autres adhérences l'ont attachée à la paroi de l'hypochondre droit? Nous l'ignorons.

En tous cas, on peut rapprocher ce fait des observations assez nombreuses d'ovaires ou de kystes ovariques séparés de leur point de départ par la torsion, la rupture de leur

pédicule et greffés secondairement sur un organe intra-péritonéal quelconque : épiploon, intestin, etc. Chalot (1) en a réuni 28.

Quoi qu'il en soit, nous sommes autorisé à conclure *qu'un très petit fragment d'un kyste de l'ovaire enlevé dans sa presque totalité, peut se greffer, végéter tardivement, et vivre d'une vie autonome en suivant exactement les habitudes de la tumeur mère.*

DES INJECTIONS HYPODERMIQUES D'ERGOTINE ET DE LEURS APPLICATIONS

Par Mme O. W. **Prokofiewa**.

Du service gynécologique de l'Institut clinique de la Grande-Duchesse Hélène Pawlowna à St-Pétersbourg (2).

L'influence du seigle ergoté sur le système musculaire de la matrice est un fait depuis longtemps établi en gynécologie. Son emploi dans les fibro-myômes utérins amène dans quelques cas non seulement un arrêt dans le développement de la tumeur, mais aussi une diminution considérable dans son volume. Parfois il paraît même que ce traitement détermine la disparition complète et radicale de la tumeur.

Dans la cure de malades affectées de fibro-myômes, on s'efforce principalement de diminuer la congestion sanguine de l'utérus et de la tumeur qu'il contient.

En agissant ainsi on prévient les hémorrhagies, on diminue l'affluence à la tumeur des éléments constituants et en même temps on arrête son développement.

Pour atténuer la congestion utérine, on dispose de quelques substances qui agissent sur le tissu musculaire de la matrice en déterminant la contraction de ses fibres musculaires lisses.

---

(1) *Annal. de gynéc.*, 1887.

(2) Communication faite à la *Société d'accouchement et de gynécologie de St-Pétersbourg*.

Entre toutes, nous devons placer en première ligne le seigle ergoté et surtout l'ergotine, dont le mode d'emploi le plus efficace est l'injection hypodermique. Depuis que Hildebrandt (1) a publié les résultats qu'il a obtenus avec l'ergotine, cette méthode paraît avoir acquis les préférences des spécialistes.

Hildebrandt se servait d'une solution aqueuse d'ergotine combinée à partie égale avec de la glycérine, mais les expériences ultérieures de Schrœder, Fritsch, Horwitz et autres montrèrent que cette pratique est accompagnée souvent de complications locales, telles que rougeur, douleur, induration, et parfois de la suppuration au niveau des piqûres. Comme il faut parfois répéter ces injections presque chaque jour pendant un temps assez long (2 à 3 mois), les gynécologistes se sont efforcés de prévenir les susdites complications locales, et dans ce but ont proposé plusieurs autres méthodes d'application de l'ergotine. Presque tous ces auteurs, jusqu'à nos jours, supposaient, que les complications inflammatoires locales sont dues essentiellement aux qualités irritantes propres à la nature même de la préparation pharmaceutique. Aussi, pour atténuer cette action irritante de l'ergotine, avait-on recours à l'eau, à la glycérine, etc., que l'on ajoutait aux solutions en proportions considérables. D'autres, comme Hart-Barbour (2) et Bumm attribuaient une grande importance au choix du point d'injection. Ils indiquent des régions, où, selon eux, l'absorption de l'ergotine se produit plus promptement, et où, par suite, son action irritative est diminuée.

Pour prouver, que les tentatives d'atténuer l'action irritante de l'ergotine, ont eu lieu, en effet je me permets de citer ici quelques auteurs.

Sviedersky (3) proposa d'employer la solution d'ergotine

(1) *Berliner klinische Wochenschrift*, 1870, n°s 50 et 51 ; 1872, n° 25.

(2) La pathologie et la thérapie spéciale des maladies des femmes, par le professeur K. Slaviansky (en russe), p. 598, 1888.

(3) *Berliner klinische Wochenschrift*, 1870, n°s 50 et 51.

avec l'alcool, la glycérine et l'eau pris dans différentes proportions. Dobronrawoff (1) récommande la formule de Simon, où l'ergotine possède une concentration relativement faible. Cette formule est la suivante : Secale cornut. dyalisati, 1 partie sur 10 parties d'eau et de glycérine, prises dans les proportions égales (*ana partes æquales*). Lilienfeld (2) recommande l'ergotine de Bombellon : 2 parties d'ergotine pour 8 d'eau.

Parmi les auteurs, qui attribuent la plus grande importance au choix du point de l'injection, à la région où on opère, je citerai Bumm (3), qui a publié récemment ses considérations sur ce sujet.

Pour éviter la réaction locale, il conseille de faire les injections sous-cutanées dans les muscles de la fesse (*nates*). Il insiste sur ce fait que, dans cette région, l'absorption s'effectue plus promptement que dans le tissu cellulaire des téguments abdominaux et que l'action irritante de l'ergotine disparaît plus vite. La solution d'ergotine, employée par Bumm, se compose d'une partie d'ergotine pour 5 ou 10 parties d'eau.

Parmi les préparations d'ergotine les plus répandues il faut mentionner celle, proposée par Wernich (4) en 1874. Wernich, de son côté, attribue l'action irritante de l'ergotine aux mélanges chimiques extraits du seigle ergoté, qui s'associent avec l'ergotine même. Aussi donne-t-il la plus grande importance à la pureté de la fabrication de l'ergotine, en enlevant soigneusement la graisse, le mucus, les substances pectiniques, et autres mélanges par l'alcool, la filtration, etc. Cependant au point de vue des doctrines aseptiques et antiseptiques, les préparations de Wernich sont insuffisantes. Les expériences du professeur Pœhl (5) ont montré que le

(1) *Annales de la Société chirurgicale de Moscou*, 1876 (en russe).

(2) *Centralblatt für Gynækologie*, 1887, n° 48.

(3) *Centralblatt für Gynækologie*, 1887, n° 28.

(4) *Berliner klinische Wochenschrift*, 1876, n° 13.

(5) PŒHL. Asepsie et antisepsie dans la fabrication des remèdes (*Medecine pratique*, journal russe, 1887).

papier à filtrer contient une quantité considérable de micro-organismes, de sorte que la solution après son passage à travers ce papier en contient un nombre beaucoup plus grand, qu'*avant* la filtration. De plus, la manipulation usuelle du pliage du papier pour en faire un filtre est en contradiction absolue avec tout principe antiseptique. Même cette eau soi-disant distillée, employée dans le procédé de filtration, contient souvent différentes substances organiques volatiles. Voilà pourquoi les préparations de Wernich ne peuvent être conservées longuement et se moisissent bien vite. Ces préparations ont été toutefois recommandées par le professeur K. Slaviansky (1) qui en fait mention dans le premier volume de son « Traité de gynécologie ». Cet auteur l'administre de la manière suivante :

R. Ergotini dyalisati Wernichi, gr. XII (0,7 gr.).
Aq. distillat. 2 drachmes (7,00 gr.).
Acid. carbol, gr. I. (0,06 gr.).
M. D. S. Pour les injections sous-cutanées.

Si cette solution est *bien* (?) préparée, dit l'auteur, elle ne doit point se corrompre. On y ajoute de l'acide carbolique, probablement, dans le but de conserver la solution et d'y détruire l'action des micro-organismes. Mais nous devons noter que ce supplément de phénol ne fait qu'augmenter l'action irritante du remède, n'ayant aucune influence réelle sur la présence des micro-organismes, puisque le pourcentage du phénol dans la solution n'y dépasse pas 0,8 pour 100. Du reste, l'auteur lui-même (voir p. 598) dit plus loin, que, comme on peut craindre que la solution se décompose, il est utile de la prescrire en quantités minimes ne pouvant servir que pour *deux* injections hypodermiques.

Les indications bibliographiques ainsi recueillies peuvent suffire, selon moi, pour indiquer les inconvénients des méthodes appliquées aux injections sous-cutanées d'ergotine au point

(1) Prof. SLAVIANSKY. *Pathologie et thérap. de malad. d. femmes*, 1888 (en russe).

de vue des complications qui surviennent ordinairement après leur emploi. En même temps les travaux cités prouvent que ces complications inflammatoires ne peuvent être écartées ni par le choix du point d'injection, ni par le remplacement d'une préparation par l'autre. De nouvelles recherches ont été faites dans ces tout derniers temps pour donner une nouvelle explication des accidents qui compliquent souvent les injections hypodermiques d'ergotine. Engelmann (1), contrairement aux auteurs précédents, n'attribue aucune importance ni au choix de la région à injecter, ni au degré de concentration ou d'acidité de la préparation soit de Bombellon, soit de Wernich. Il attribue l'action irritante locale du remède aux micro-organismes, amassés dans toutes ces préparations. Aussi recommande-t-il d'employer de l'eau stérilisée pour faire les préparations d'ergotine.

Mais tandis que dans la littérature étrangère ces considérations générales commencent à peine à paraître et qu'on n'en fait que des allusions par rapport à l'emploi de solutions aseptiques d'ergotine, chez nous, en Russie, les injections hypodermiques de ces solutions s'appliquent avec grand succès dans le service gynécologique de l'Institut clinique de la grande-duchesse Hélène Pawlowna, grâce à l'initiative du professeur Ott. Il se sert de solutions stérilisées d'ergotine préparées par le prof. Poehl et livrées par celui-ci dans des petits flacons bien soudés, ayant une capacité de 2 cent. cubes chacun. On a déjà pratiqué plusieurs centaines de ces injections à l'aide d'ergotine conservée dans les susdits flacons et l'on n'a jamais observé de phénomènes douloureux, sauf quelques cas exceptionnels, où sur le point de piqûres sont apparues des indurations sans douleur, disparaissant en peu de temps. Le professeur Poehl, dans sa communication au congrès de 1885, faite à la Société médicale de Moscou et St-Pétersbourg, attribuait déjà avec raison une grande impor-

(1) *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1886, n° 39, et *Centralblatt für Gynäkologie*, 1888, n° 1.

tance à l'application rigoureuse des principes d'asepsie et d'antisepsie dans la préparation de solutions destinées aux injections hypodermiques.

En effet, pour tout individu convaincu de la valeur indubitable des doctrines antiseptiques, il est même surprenant, que malgré les conditions ordinaires favorables à la décomposition des solutions destinées aux injections hypodermiques, ces solutions n'aient provoqué que rarement des suites funestes.

L'emploi de solutions stérilisées, en injections hypodermiques, n'étant encore guère répandu parmi les médecins de nos jours, j'ai trouvé bon d'en parler ici (1).

En terminant, je présente un résumé de la méthode de préparation des solutions stérilisées d'ergotine pratiquée par le professeur Poehl.

Le local pour préparer les solutions stérilisées présente une chambre, qu'on appelle la « chambre sublimée »; ses murs sont couverts de carton suédois, imprégné de solution de sublimé. On verse la solution d'ergotine, préparée avec de l'eau stérilisée, dans des petits tubes préalablement stérilisés, portant dans leur partie inférieure un élargissement en forme de petite bouteille. Grâce à sa forme, le flacon peut rester debout sur la table. Ces flacons, remplis du liquide sont restérilisés à l'aide du chauffage réitéré ne dépassant pas température de 50° C. (car dans la température plus haute l'ergotine se décompose). Après cette stérilisation réitérée les bords ouverts des flacons sont soudés au moyen de la flamme du bec de Drummond. Quand les tubes sont suffisamment refroidis, on pratique soigneusement une entaille, au moyen d'une lime au-dessus de l'élargissement. Pour se servir de la solution enfermée dans le tube on n'a qu'à presser légèrement sur l'entaille pour séparer son extrémité soudée. La solution a une réaction faiblement acide. Ordinairement

(1) Le professeur SLAVIANSKY, par exemple, dans son Traité récent ne dit pas un seul mot sur l'emploi des solutions stérilisées.

on se sert de solutions à 10 pour 100 d'ergotine. Pour faire une injection il faut employer une seringue de Pravaz tout entière, c'est-à-dire 0,1 gr. d'ergotine pour chaque injection. Il est évident que l'aiguille et la seringue avant leur application doivent être soigneusement désinfectées.

Ces préparations d'ergotine ainsi enfermées sont très portatives. Le prix de chaque flacon est à peu près de 37 centimes (15 copecks russes). Les autres préparations d'ergotine ne sont pas moins chères, vu qu'on est obligé de les renouveler plus souvent par suite de leur décomposition rapide.

Outre les préparations d'ergotine on emploie dans le service de l'Institut encore d'autres solutions stérilisées, pour la morphine, la cocaïne, etc.

BASSIN RÉTRÉCI. — ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL PROVOQUÉ A L'AIDE DU BALLON DU DOCTEUR CHAMPETIER DE RIBES. — SUCCÈS POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT (1).

Par le Dr **Ferré**, médecin-adjoint de la Maternité de Pau.

La nommée F..... (Jeanne-Marianne) s'est présentée à la Maternité de Pau, pour la première fois, le 2 octobre 1887, au terme de sa deuxième grossesse.

Au moment de son entrée on constate que la poche des eaux est rompue et qu'il y a procidence du cordon.

En l'absence des médecins de l'établissement, je suis appelé parce que le travail n'avançait pas.

A mon arrivée, je constate que l'enfant a succombé et que l'extrémité céphalique qui se présente en O.I.G.T. est arrêtée au détroit supérieur.

Promontoire accessible à 10 centimètres 1/2 de l'angle souspubien.

Après une vaine application de forceps, je fais la perforation du crâne, et j'amène alors, assez facilement, par le forceps, un

(1) Observation redigée d'après les notes prises par Mme PUZOU, sage-femme en chef de l'établissement.

fœtus du sexe masculin pesant 3 kilog. 300 gr. sans la matière cérébrale.

Antisepsie rigoureuse pendant et après le travail.

Suites de couches tout à fait normales; température la plus basse 36°,4, la plus élevée 37°,7.

Cette femme ne présente d'autre signe extérieur de rachitisme qu'un facies vieillot; elle a 32 ans et on lui en donnerait facilement 45.

Lors de son premier accouchement il avait fallu aussi avoir recours au forceps, sur lequel le médecin qui l'appliquait fit des tractions tellement énergiques qu'il ne fallut pas moins de sept personnes pour retenir la parturiente. Le fœtus franchit subitement, parait-il, l'obstacle qui l'arrêtait, et du même coup tout le canal génital. Le périnée fut profondément déchiré et il n'en reste, actuellement, qu'une mince cloison séparant encore le rectum du vagin.

Les suites de couches furent longues, mais l'accouchée finit cependant par se rétablir.

Aucune recommandation ne lui avait été faite pour le cas d'une nouvelle grossesse.

Au moment de sa sortie de la Maternité je recommande expressément à cette femme de se présenter, si une nouvelle grossesse survient, dès la fin du sixième mois de la gestation.

Elle se représente en effet dans le courant du mois d'octobre 1889, enceinte pour la troisième fois.

Ses dernières règles ont paru le 20 mars; elles ont duré quatre jours.

M. le Dr Robert, directeur de la Maternité, l'examine. Il constate que le bassin est rétréci et que le diamètre promonto-sous-pubien mesure bien 10 centimètres 1/2. La hauteur de la symphyse, mesurée avec le compas d'épaisseur, les extrémités des branches étant fortement appliquées l'une au sommet de l'angle sous-pubien, l'autre sur la dépression sus-pubienne, à égale distance des deux épines pubiennes, donne 6 centimètres 1/2; le mont de Vénus étant recouvert d'une couche cellulo-adipeuse assez épaisse, on peut réduire la hauteur vraie de la symphyse à 5 centimètres 1/2 environ.

M. le Dr Robert décide de provoquer l'accouchement prématuré au commencement de décembre et il veut bien me confier le soin

de pratiquer cette opération en me laissant le choix des moyens à employer.

J'y procède le 3 décembre avec l'aide de Mme Puzou, sage-femme en chef, et le concours bienveillant de MM. les Drs Robert et Monod, directeur et sous-directeur de la Maternité.

La malade, l'intestin étant préalablement vidé, est mise dans un bain de siège chaud, d'une solution de sulfate de cuivre à 1/100 où la partie supérieure des cuisses, siège, abdomen, vulve sont minutieusement lavés; elle reçoit ensuite une irrigation vaginale de deux litres de la même solution chaude.

Elle est placée alors sur le lit de travail.

Par le palper je constate que l'extrémité céphalique fléchie est située au-dessus de l'aire du détroit supérieur, la saillie frontale, très accessible, tournée directement à droite, la nuque à gauche; il n'y a d'engagement à aucun degré et la tète est très mobile; le plan du dos regarde à gauche et un peu en avant; le siège est au fond de l'utérus et à droite, les petites extrémités, peu accessibles, à droite.

Les bruits du cœur fœtal ont leur maximum à 3 cent. au-dessus de l'ombilic et un peu à gauche.

Le toucher montre que l'excavation est vide et que la moindre pression exercée avec le doigt sur la tête la déplace. L'indicateur peut pénétrer facilement dans le col, jusque sur les mem-

Le palper mensurateur me donne les renseignements suivants :

branes.

ayant saisi l'extrémité céphalique du front à la nuque, en maintenant la flexion, et l'ayant appliquée à l'aire du détroit supérieur, j'ai une sensation de résistance osseuse, et je constate que, malgré quelques pressions assez énergiques, elle ne s'engage que très peu; M. le Dr Robert, ayant pratiqué le toucher pendant cette manœuvre, constate aussi que le sommet ne descend que fort peu sous mon impulsion. Toutefois, ayant remarqué que la tête fœtale ne déborde pas sensiblement la ceinture osseuse du détroit supérieur, je crois pouvoir présumer qu'elle passera, mais non sans quelque difficulté.

Après cet examen je place d'abord au-dessus de l'orifice interne un ballon Tarnier de la manière suivante : mes mains, le ballon ainsi que son conducteur, ayant été soigneusement rendus aseptiques, j'introduis l'index et le médius de ma main gauche,

préalablement enduite de vaseline phéniquée, dans le vagin; je fais pénétrer le médius dans le col aussi profondément que possible de manière à tenir celui-ci entre le médius ainsi placé et l'index resté dans le cul-de-sac vaginal latéral droit, la paume de la main regardant en haut. Je fais glisser alors l'extrémité du conducteur muni du ballon; le tout bien enduit de vaseline phéniquée, sur la face palmaire du médius et, dès qu'elle a franchi l'extrémité de celui-ci, j'abaisse lentement le manche de l'instrument vers le périnée en le faisant pénétrer de la longueur nécessaire pour porter le ballon au-dessus de l'orifice interne.

Toute cette manœuvre s'est faite sans aucune résistance de la part du col et sans aucun déploiement de force; la malade, qui n'est pas endormie, n'a rien senti, si ce n'est un peu de cuisson à la vulve provoquée par la vaseline phéniquée.

Mes mains restant en place, Mme Puzou introduit à l'extrémité du tube du ballon la canule d'une seringue préalablement chargée de la quantité d'eau phéniquée nécessaire pour gonfler convenablement le ballon. Mais, à peine commence-t-elle à pousser l'injection, que je perçois de la main qui tient le manche du conducteur comme une sensation de craquement qui me fait annoncer que les membranes viennent de se rompre; quelques secondes après le liquide amniotique paraît à la vulve.

Afin de conserver la plus grande quantité possible de liquide dans l'utérus, je me prépare à remplacer, sur-le-champ, le ballon Tarnier par le ballon du Dr Champetier de Ribes, celui-ci devant produire une occlusion beaucoup plus hermétique du col.

Je jauge d'abord la quantité de solution phéniquée qu'il faudra injecter dans le ballon pour lui donner, à sa partie la plus volumineuse, 10 centimètres de diamètre réductible à 9 (le ballon n'étant pas complètement rempli). La plus grande circonférence mesure alors 31 centimètres.

Je le vide soigneusement sous la solution phéniquée du liquide et de l'air qu'il contient et l'ayant roulé étroitement sur lui-même en forme de gros cigare, je le saisis à 2 centim. de son extrémité libre, qui est régulièrement conique, avec une pince à forcipressure ordinaire, longue de 27 centim., à mors légèrement courbes.

Cet appareil, qui a été préalablement désinfecté avec soin, est soigneusement enduit de vaseline phéniquée; je le porte alors

dans l'utérus en suivant la même méthode que pour l'introduction du ballon Tarnier, qui a été préalablement retiré. Toute ma pince disparaît dans le vagin; je la désarticule et, avant de la retirer, Mme Puzou commence à injecter le liquide dans le ballon. Il pénètre d'abord difficilement et quelques grammes refluent sous la pression de la seringue. La pince me paraissant faire obstacle à la pénétration du liquide, je la retire en maintenant le ballon à l'aide du doigt médius resté dans le col. Le liquide pénètre alors mieux et, à mesure que le ballon se déroule, je le refoule dans l'utérus à l'aide du doigt médius toujours maintenu dans le col profondément.

Bientôt, la base du ballon s'étant élargie, celui-ci remonte tout seul et s'élève au-dessus du détroit supérieur en refoulant la tête fœtale vers la fosse iliaque droite, puis vers le flanc droit.

Toute cette manœuvre s'est opérée sans aucune difficulté, sans aucune résistance des voies génitales, sans aucun déploiement de force et la patiente, qui n'est toujours pas endormie, n'a éprouvé autre chose qu'une sensation de « gonflement ».

Ces deux opérations successives n'ont duré chacune que quelques minutes et quand la seconde est terminée il est cinq heures 1/2 du soir.

A ce moment les choses se présentent de la manière suivante : la tête du fœtus fléchie est située dans le flanc droit, et c'est la nuque qui appuie sur la base du ballon ; le plan latéral gauche du fœtus regarde directement en avant, le dos à gauche ; le segment supérieur du ballon est situé au-dessous du détroit supérieur, son segment inférieur occupe l'excavation ; le col utérin est occupé par le col du ballon ; celui-ci est aplati, vide de liquide, et fait avec le corps du ballon un angle à peu près droit à sinus antérieur. Les battements du cœur de l'enfant sont normaux. Tout écoulement de liquide amniotique a cessé. Les choses restent dans cet état pendant deux heures.

A 7 heures 1/2 a lieu la première contraction utérine, à la suite de laquelle l'utérus demeure comme tétanisé pendant vingt minutes. Puis les contractions deviennent normales, se régularisent en présentant des intervalles de repos d'une minute.

Le toucher, pratiqué pendant la contraction utérine, montre que celle-ci abaisse le ballon, coiffé du segment inférieur de l'utérus, et en fait refluer le liquide dans le col. Cette double action d'abais-

sement du ballon et de gonflement de son col dilate peu à peu le col utérin.

A 11 h. 1/4 la dilatation égale à peu près le diamètre d'une pièce de cinq francs; les rapports du ballon avec l'excavation sont peu modifiés, il descend pendant la contraction et remonte qnand celle-ci cesse.

A 1 h. (3 décembre) la dilatation est presque complète et le ballon profondément engagé dans l'excavation pelvienne.

A 2 h. le ballon tout entier est descendu dans l'excavation; sa base a franchi le détroit supérieur où elle a été remplacée par la tête fœtale qui a repris exactement sa position primitive O.I.G.T.

A partir de ce moment le ballon n'avance plus; les contractions utérines sont impuissantes à faire franchir le détroit supérieur par la tête, qui y demeure comme suspendue, et ne communique plus aucune pression efficace à la base du ballon.

A 3 h. le col de l'utérus étant complètement béant, je fais quelques tractions sur le tube du ballon, et aidé par les contractions vaginales, je l'amène lentement hors des voies génitales qu'il dilate au passage. Il s'écoule à ce moment une certaine quantité de liquide amniotique dont plus une seule goutte n'avait paru à la vulve depuis l'application du ballon.

La tête ne descend toujours pas, et les battements du cœur fœtal, qui étaient restés normaux pendant toute la durée du travail, commençant à faillir, je fais immédiatement une application de forceps. La tête est saisie obliquement, et des tractions assez énergiques sont nécessaires pour lui faire franchir le détroit supérieur; le reste du canal génital n'oppose aucune résistance anormale.

A 3 h. 1/4 j'extrais un enfant inerte, mais que quelques soins appropriés raniment vite et qui ne tarde pas à crier vigoureusement. Il est du sexe masculin et pèse 2,730 grammes.

Les diamètres de la tête, pris immédiatement, donnent les chiffres suivants:

Occipito-mentonnier..............	13	centimètres.
Sous-occipito-bregmatique.........	9	—
Bipariétal........................	8	—
Bifrontal........................	8	—
Bimastoïdien.....................	7	—

La prise du forceps a été faite de la bosse frontale droite à l'oreille gauche.

La délivrance a lieu spontanément et sans incident après quelques minutes d'attente.

Il serait superflu d'exposer comment les précautions antiseptiques les plus rigoureuses ont été prises pour tous les touchers ainsi que pour l'application de forceps.

Les suites de couches ont été des plus normales, bien que la malade, en raison de l'extrême sensibilité de la vulve, n'ait reçu que des injections vaginales d'eau bouillie; la vulve a été pansée avec des compresses imbibées d'une solution de sulfate de cuivre à 1/100.

La température, prise matin et soir, a donné comme chiffre le plus élevé 37°,8 le 6 décembre au soir (3e jour); et la plus basse 36° le 4 décembre au matin (2e jour).

La rétraction utérine s'est faite seulement avec une lenteur marquée.

La mère et l'enfant sont sortis de l'établissement le 12 décembre dans un état aussi satisfaisant que possible.

Le ballon, soigneusement examiné avant d'être vidé, n'a présenté aucune avarie; il mesurait 30 centimètres dans sa plus grande circonférence, et 9 centimètres 1/2 de diamètre réductible à 7; ces dimensions sont inférieures à celles que je m'étais proposé de lui donner; mais j'ai dit plus haut qu'une petite quantité de liquide s'était perdue au début de l'opération du gonflement.

A cette observation j'ajoute un renseignement qui a bien sa valeur pour apprécier le procédé employé : c'était la première fois que j'appliquais la méthode du Dr Champetier de Ribes.

Jugeant que tout commentaire ne pourrait qu'obscurcir une si claire démonstration de l'excellence du procédé, je m'en abstiendrai.

Je ne puis cependant clore cette relation sans exprimer à MM. les Drs Robert et Champetier de Ribes toute ma reconnaissance : à M. le Dr Robert, directeur de la Maternité de Pau, pour la haute confiance qu'il m'a témoignée en me lais-

sant choisir et appliquer le procédé employé pour provoquer cet accouchement prématuré; à M. le Dr Champetier de Ribes, accoucheur des hôpitaux de Paris, pour les précieuses indications et l'inépuisable complaisance qu'il m'a prodiguées à cette occasion.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DE LA COLPOCÈLE POSTÉRIEURE (1)

Par le Dr **Maurice Marx**.

A. — **Des diverses variétés de colpocèle postérieure.**

On peut diviser les prolapsus, eu égard à leur traitement, en deux grandes catégories :

1° L'utérus a quitté sa position normale ; les ligaments utéro sacrés s'étant relâchés, l'utérus s'est mis en rétroversion, puis est descendu plus ou moins loin dans le vagin.

2° L'utérus est resté en place, les ligaments utéro-sacrés ne sont que peu ou pas relâchés.

1° Contre le prolapsus utérin accompagné de colpocèle, on a, il y a longtemps déjà, imaginé des opérations destinées à opposer aux organes procidents une barrière efficace, formée par un renforcement périnéal.

Trotula, le premier, aurait eu l'idée de combattre par une restauration périnéale les chutes de la paroi vaginale postérieure.

Longtemps après lui, Ambroise Paré, sans connaître les travaux de son prédécesseur, proposa l'opération de la périnéorraphie.

Puis vinrent Guillemeau, de la Motte, Brandes, Dupuy-

(1) Voir pour plus de détails notre thèse, *De la colpocèle postérieure*. Paris, Steinheil, 1890.

tren, Diffenbach, Noël, Saucerotte, Antoine et Paul Dubois. Ce n'est toutefois que lorsque parut le mémoire de Roux, en 1834, que la périnéorraphie fut franchement acceptée.

La première opération qui fut faite pour remédier à la colpocèle postérieure, mais là encore accompagnée de prolapsus utérin, fut, en 1832, l'*épisiorraphie* de Frike, de Hambourg. Il enlevait les petites lèvres, avivait la partie des grandes lèvres qui se trouve au niveau de la fourchette et au-dessus, et suturait l'une à l'autre les parties cruentées. Cette opération qui, paraît-il, donna trois succès à Frike et quatre à Geddengs, de Charleston, en 1839, dut être rejetée. Elle était défectueuse par plusieurs côtés. Ou bien l'opération réussissait, et alors la barrière opposée par les lèvres suturées était trop faible et se laissait distendre, ou bien les sutures cédaient à la fourchette et il se formait là une fistule. Ou bien encore l'orifice, laissé en avant, entre les parties antérieures des grandes lèvres, se distendait et donnait passage au vagin prolabé.

Puis vinrent les *avivements de la paroi vaginale* propre, avivements variables de forme, portant sur une plus ou moins grande surface, et situés sur une partie plus ou moins profonde de la paroi postérieure.

Enfin on en vint aux *opérations portant en même temps sur le vagin et le périnée*, tendant à refaire un périnée en même temps qu'elles contribuaient à rétrécir le conduit vaginal.

Baker Brown, d'après Schrœder, a le premier cherché à opérer, non seulement en établissant un plancher pelvien épais, résistant et inflexible, mais en faisant un nouveau périnée. Il avivait à partir de la commissure postérieure du vagin, jusqu'à une très petite profondeur sur la partie vaginale postérieure ; puis il réunissait les surfaces par un grand nombre de sutures enchevillées et d'épingles, ces dernières n'intéressant que le périnée.

Le périnée gagnait ainsi en longueur, mais la cicatrice ne pénétrait que très peu dans le vagin.

Cette opération était insuffisante ; elle ne faisait qu'allonger le périnée. Du reste, ce dernier était distendu par la poche formée derrière lui par le vagin. Celui-ci n'étant pas rétréci, comme le fait observer Emmet, venait par ses replis presser sur la barrière factice qu'on lui avait opposée.

Aujourd'hui, le prolapsus utéro-vaginal est combattu par une *série d'opérations* dont le premier temps porte sur la paroi vaginale antérieure.

Ce premier temps est appelé colporraphie antérieure, le second temps porte sur l'utérus lui-même, que l'on est la plupart du temps forcé de ramener en avant et en haut, soit par l'opération d'Alexander, soit par l'hystéropexie abdominale. Enfin, le troisième temps porte sur la paroi vaginale postérieure et le périnée.

Un grand nombre de procédés, que nous décrivons en détail plus loin, sont aujourd'hui mis en pratique pour tendre et diminuer la paroi postérieure du vagin, et pour refaire un périnée. Simon, Hegar, Bischoff, Schrœder, Martin, Emmet, Lawson Tait, ont vanté chacun des procédés qu'ils ont imaginés, et qui remplissent pour ainsi dire un même but qui est, par le rétrécissement du vagin, le soutien du segment pelvien antérieur.

2° Dans une deuxième série de cas, l'utérus étant en place ou à peine descendu, la paroi postérieure du vagin forme colpocèle. On peut en distinguer deux variétés : une colpocèle postérieure profonde et une totale.

Divers opérateurs pratiquent encore dans ce cas les opérations vagino-périnéales qu'ils font dans le cas de prolapsus utéro-vaginal et cela indifféremment, qu'il y ait colpocèle postérieure profonde ou colpocèle postérieure totale. Telle ne doit pas être, d'après nous, la facon de procéder.

Dans la colpocèle profonde, on doit se contenter d'une colporraphie postérieure ovalaire, portant sur le cul-de-sac postérieur du vagin. Dans le cas de colpocèle postérieure totale avec périnée insuffisant et sans prolapsus utérin, on doit pratiquer la colpopérinéorraphie ; et, de tous les procédés,

celui auquel nous donnons la préférence est celui de M. le Dr Doléris, c'est-à-dire la colpopérinéoplastie par glissement.

B. — Procédés opératoires employés dans les cas de colpocèle postérieure.

I. — Procédé de Simon. — C'est à Simon (1871) que nous devons la colporraphie postérieure, avec restauration du périnée.

Simon agit comme Baker Brown, mais pénètre bien plus profondément que lui dans le vagin. Sa surface avivée présente un périmètre de forme pentagonale, ayant une base de cinq à six centimètres à l'endroit de la fourchette. Elle se prolonge dans le vagin de six à sept centimètres.

A son sommet, qui est profond, la surface a perdu, en lar-

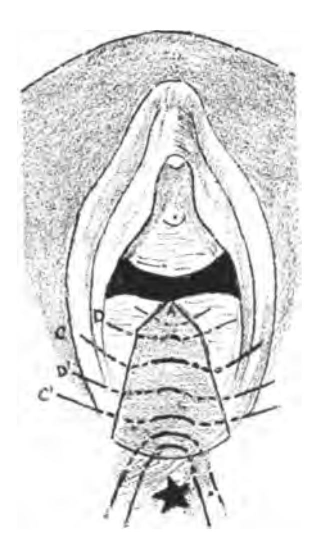


Fig. 1. — Procédé de Simon.

geur, un centimètre. La hauteur du trajet est plus ou moins considérable. Sa base a une forme courbe pour faciliter la coaptation des lèvres de la plaie.

La façon d'aviver est la suivante :

Un aide introduit le doigt dans le rectum et fait saillir la partie profonde de la paroi vaginale postérieure. L'angle supérieur de la plaie, ouvert en bas, est formé par deux lignes divergentes et on dissèque en tirant en avant le lambeau.

Pour placer des sutures, Simon place d'abord deux fils traversant l'angle A (figure 1), puis, alternativement, il place en descendant vers la commissure vulvaire, une série de fils profonds et superficiels.

Les fils périnéaux sont placés de même alternativement, profonds et superficiels. Les sutures vaginales sont faites au fil de soie, et jouent d'après Hegar, le rôle principal. Les fils périnéaux ne doivent pas pénétrer à une profondeur excédant un centimètre et demi.

II. — Procédé de Hegar (1873). — Hegar l'appelle *Périnéauxésis*. Sa surface d'avivement a la forme d'un triangle (fig. 2).

Plus la masse prolabée est considérable, plus sont grandes les dimensions de cette surface.

Dans les cas légers de colpocèle, il suffit, d'après Hegar lui-même, d'aviver un triangle présentant de six à sept centimètres de large au niveau de sa base et une hauteur de sept centimètres.

Quand le prolapsus est très accentué, la base doit mesurer huit centimètres, la hauteur neuf. Disons en passant, qu'aujourd'hui, les surfaces d'avivement sont beaucoup plus étendues dans certains cas.

Hegar fait prendre à la malade le décubitus dorsal. Il attire la paroi postérieure en avant par une pince placée là où doit être le sommet du triangle. Il dissèque au bistouri. Si la cloison est mince, un doigt placé dans le rectum guidera la main qui dissèque et donnera plus de sécurité. Enfin, une fois l'avivement terminé, on égalise la plaie avec les ciseaux.

Schrœder prétend que Hegar ne met que des sutures pro-

fondes. Hegar lui-même dit qu'il place des sutures profondes et des superficielles (1).

Les fils dont il se sert sont des fils d'argent. Aujourd'hui que les fils de soie sont presque exclusivement employés, on

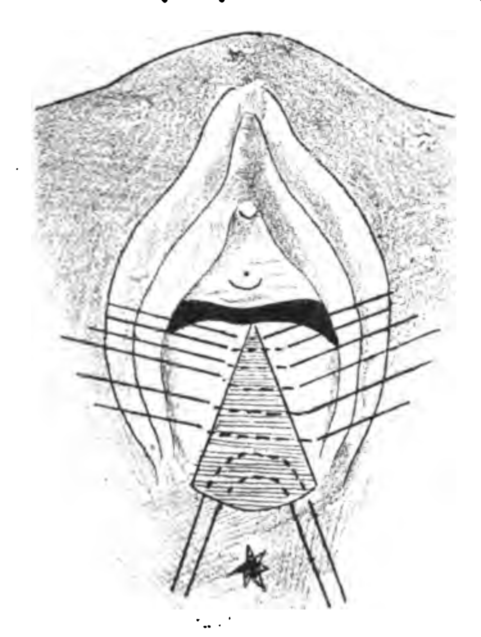


FIG. 2. — Procédé de HEGAR.

peut dire que c'est un des défauts du procédé de Hegar. Les fils d'argent coupent les tissus. Les fils de soie peuvent être laissés plus longtemps en place, comme le prouvent les fils oubliés par hasard. On a encore reproché à Hegar de faire un avivement tel que les parties à suturer sont difficiles à réunir et que, une fois réunies, les lèvres de cet avivement, coupées par les fils, forment en s'éloignant des solutions de continuité très difficiles à combler (MARTIN).

III. — PROCÉDÉ DE BISCHOFF. — Bien avant Martin, dont nous examinerons le procédé tout à l'heure, Bischoff avait

(1) HEGAR et KALTENBACH. *Gyn. opér.* Trad. par Paul BAR. G. Steinheil, éditeur.

eu l'idée de respecter dans sa colpopérinéorraphie la colonne postérieure du vagin.

Son procédé est fort bien décrit par Hegar et Kaltenbach auxquels nous empruntons ce compte rendu. Bischoff, disent ces auteurs, saisit avec une pince l'extrémité antérieure de la colonne vaginale et l'isole de la cloison recto-vaginale en la disséquant d'avant en arrière, et en formant avec elle un lambeau qu'il relève, au fur et à mesure qu'il dissèque, vers la partie antérieure du vagin. Puis il la confie à un aide.

Le lambeau ainsi formé présente une base encore adhérente. De chaque côté de cette base (fig. 3), il fait partir une

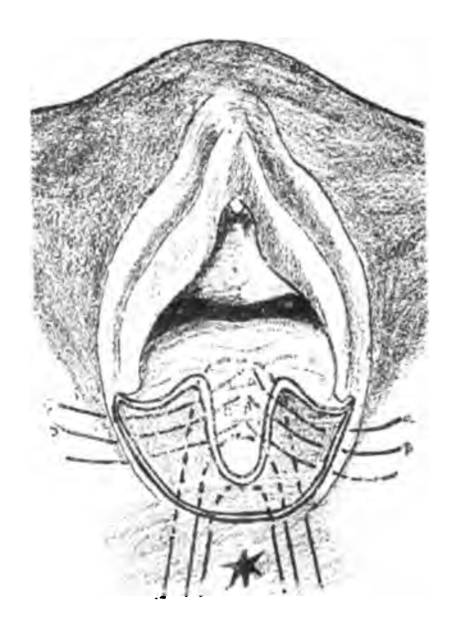


FIG. 3. — Procédé de BISCHOFF.

incision latérale courbe qui va jusqu'au milieu de la petite lèvre. Il réunit les extrémités libres de ces incisions par une autre incision en croissant, transversalement située, au niveau de la fourchette, et présentant une convexité inférieure.

Enfin il avive toute la surface comprise entre les incisions, en arrachant et en égalisant aux ciseaux.

Pour terminer il fixe, par des sutures, les lèvres du lambeau formé par la colonne aux lèvres des incisions latérales, puis il pose des fils périnéaux profonds. Bischoff faisait autrefois des sutures vaginales à la soie et des sutures périnéales au fil d'argent. Plus tard il les fit au catgut en sutures à étages.

On reproche à ce procédé de donner une commissure vulvaire située en un point plus élevé et plus antérieur qu'à l'état normal. Hegar et Kaltenbach lui reprochent ses sutures perdues. Ce défaut n'en est pas un, car le catgut se résorbe.

IV. — Procédé de Lossen (1). — Nous ne nous arrêterons par sur les deux procédés suivants, ce ne sont que de légères modifications du procédé de Simon.

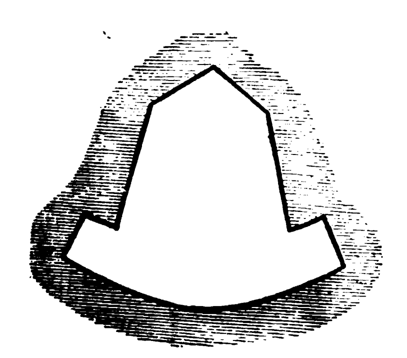


Fig. 4. — Avivement de Simon, modifié par Lossen.

En 1879, Lossen modifia la forme de la surface d'avivement en coupant les côtés latéraux en forme d'angles rentrants.

V. — Procédé de Fritsch. — En 1888, Fritsch la modifia

(1) Lossen, *Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 40.

à son tour en ouvrant davantage les angles *d* de Lossen (fig. 5).

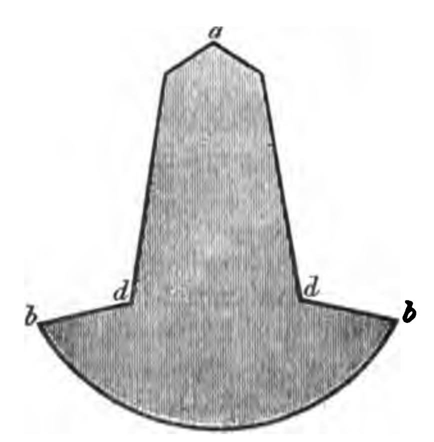


FIG. 5. — Colporraphie postérieure. Procédé de FRITSCH.

VI. — PROCÉDÉ DE MARTIN. — Martin conserve comme Bischoff la colonne vaginale postérieure, mais sans la détacher des plans sous-jacents pour en former un lambeau. La colpopérinéorraphie se fait en deux temps :

1er Temps, élytrorraphie.

2e Temps, périnéauxésis.

Élytrorraphie. — Martin fait ses incisions sur les parties latérales de la colonne. Pour cela il attire à lui, avec une pince fixée dans le cul-de-sac postérieur, la paroi correspondante du vagin. Avec deux autres pinces placées à l'extrémité de la colonne, il tend cette dernière.

Puis une fois les deux incisions parallèles à la colonne pratiquées, il en fait deux autres identiques aux incisions latérales de Bischoff, et il avive de chaque côté de la colonne soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux (fig. 6).

Ensuite il place des sutures en réunissant les lèvres du lambeau formé par la colonne du vagin aux lèvres correspondantes des incisions latérales, B à B, A à A (fig. 7); la colonne vaginale est ainsi élevée et vient se placer vers le milieu de

la hauteur des parois latérales du vagin. Martin prétend que, par cet avivement double, il y a une tension qui nuit beaucoup moins à la cicatrisation que dans les autres procédés, parce qu'elle se partage en deux forces parallèles. Martin

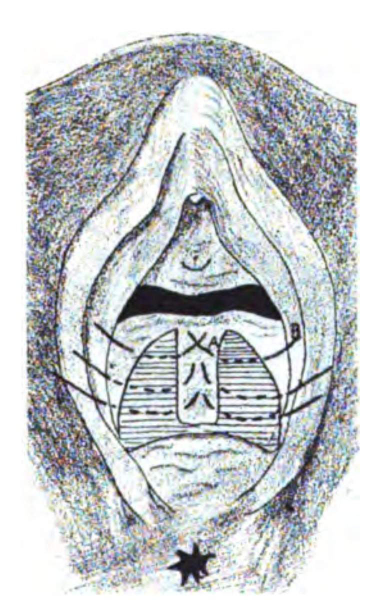


FIG. 6. — Procédé de MARTIN.

trouve toujours facilement la colonne vaginale, sinon à la surface, du moins dans la profondeur même de la cloison, dans les prolapsus très anciens.

Périnéauxésis. — Pour faire la seconde partie de son opération, Martin pratique deux nouvelles incisions qui circonscrivent une sorte de losange (fig. 7). Puis il avive la surface circonscrite. Enfin il place les sutures. Il commence par l'angle supérieur (fig. 7) angle III. Il enfonce son aiguille en β, la fait ressortir en α, la repique également en α un peu plus loin et la fait ressortir en β'. En faisant ressortir l'aiguille en α, il enfonce ainsi avec les tissus médians l'extrémité libre de la colonne qui ainsi se trouve recouverte.

Une fois cette suture posée, il place les suivantes par le même procédé. Martin se sert de la suture continue au cat-

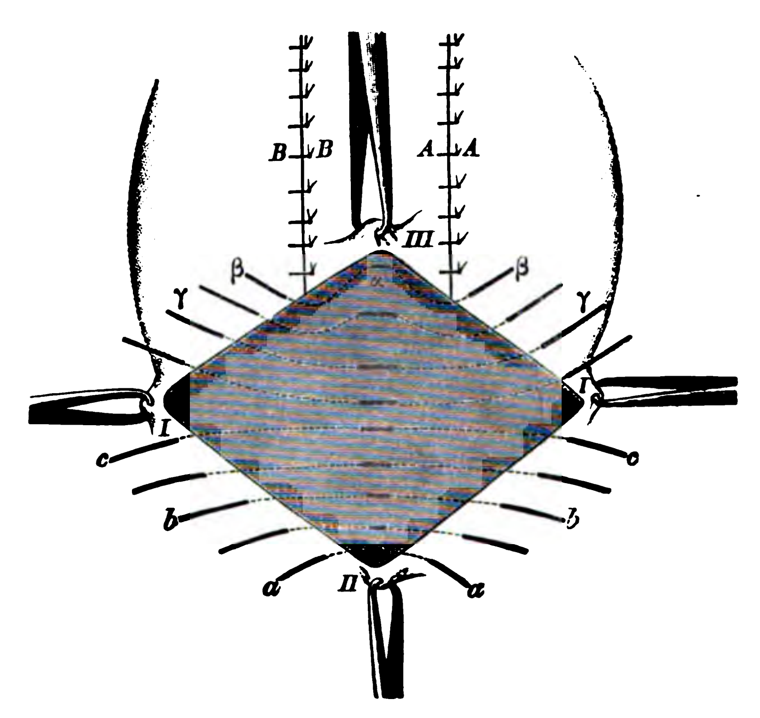


FIG. 7. — Deuxième temps. — Périnéauxésis consécutive à l'élytrorrhaphie.

I-I, Points extrêmes de l'avivement latéral au niveau de l'introïtus.

II, Partie moyenne de la section qui embrasse la fourchette, immédiatement au devant de l'anus.

III, Extrémité inférieure de la colonne vaginale postérieure.

gut pour le vagin, mais pour le périnée il se sert de sutures entrecoupées, également au catgut (1).

Comme traitement consécutif, Martin laisse ses opérées trois semaines au lit, les membres inférieurs liés ensemble. Il ne fait pas d'irigations vaginales et se contente de laver

(1) Ce catgut est préparé selon le procédé de Bröse. Il doit séjourner huit jours dans le sublimé à 1 000 et être conservé dans de l'essence de genièvre.

la région vulvaire après chaque émission d'urine en écartant un peu les cuisses. Au bout de quinze jours il donne la première injection vaginale, et au bout de vingt et un jours la malade sort.

On a reproché au procédé de Martin de ne pas donner de solidité suffisante au niveau de l'orifice vaginal.

VII. — PROCÉDÉ D'EMMET. — Emmet fait une incision transversale au point culminant de la colpocèle. Il la conduit latéralement sur les grandes lèvres jusqu'au niveau des caroncules. Il fait une autre incision à convexité inférieure au-dessous de la commissure postérieure, entre elle et l'anus.

Son procédé n'est original que par sa façon de placer les sutures. La suture 1 est introduite très près de l'anus, et son trajet à travers la paroi vaginale est indiqué en pointillé dans la figure 8. De même pour les sutures deux et trois. — Le trajet des sutures supérieures est plus com-

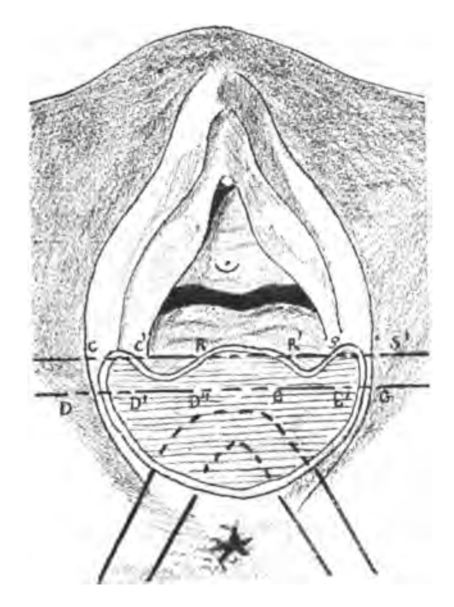


FIG. 8.— Procédé d'EMMET.

pliqué. La suture 4 entre en G, ressort en E', rentre en E, sort en D", rentre en D' et enfin sort en D. Quant à la suture 5, elle entre en S', sort en S, entre en R', sort en R, rentre en C' et ressort en C.

Cette dernière suture est destinée d'après Emmet à tirer en avant la lèvre avivée de la colonne postérieure du vagin et à en faire un capuchon qui protège le bord de la plaie mis en contact par la suture précédente 4.

Emmet emploie pour ses sutures du fil d'argent assez gros pour donner plus de soutien aux parties. Le procédé n'agit que sur le périnée et trop peu sur le vagin.

VIII. — Procédé de Schroeder. — Schroeder fait tirer en avant le cul-de-sac postérieur avec une pince et tend la

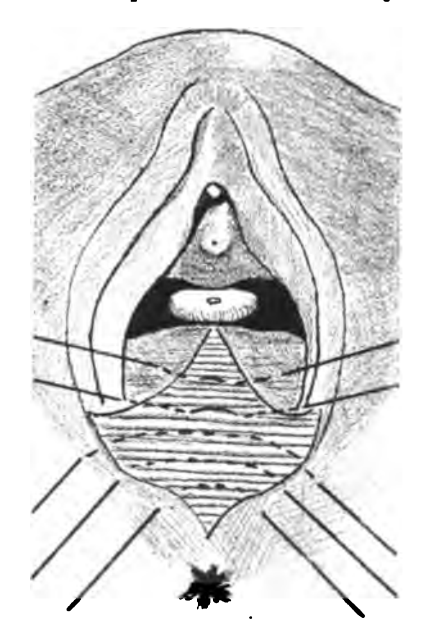


Fig. 9. — Procédé de Schroeder.

paroi postérieure du vagin. Du sommet de la surface d'avivement, situé dans le point le plus élevé du cul-de-sac vaginal, il fait partir deux incisions courbes, se séparant sous

un angle plus ou moins ouvert suivant la surface à aviver. La concavité de ces lignes regarde en haut (fig. 9). Elles se dirigent vers la vulve et rencontrent sur les grandes lèvres, à angle très aigu, les extrémités des deux autres lignes courbes périnéales.

Ces incisions périnéales ont une forme d'S allongé ; ces deux S s'unissent l'un à l'autre devant l'anus par une de leurs extrémités et rejoignent les deux premières lignes par l'autre.

Schroeder veut, en faisant un angle d'avivement très aigu au-devant de l'anus, éviter que la peau ne forme une espèce de poche au-devant du périnée. La surface à aviver est très grande et il y a souvent de fortes hémorrhagies.

Schroeder fait des sutures superficielles continues au catgut et des sutures profondes à la soie, les sutures périnéales sont laissées par lui quatre ou cinq jours seulement.

Quant aux sutures vaginales il les laisse très longtemps, quelquefois plusieurs semaines.

IX. — Procédé de Lawson Tait (1).

X. — Procédé de M. Doléris. — Appelée par l'auteur *colpopérinéoplastie par glissement*, cette opération n'a point d'analogue, et contrairement à la pratique de Tait, qui relâche le vagin en remontant la commissure, elle réalise au contraire la restauration d'une sangle élytropérinéale tendue et solide, épaisse surtout au niveau du périnée et capable de doubler efficacement le plancher pelvien.

L'opération consiste en un dédoublement de la paroi recto-vaginale et en tractions pratiquées sur la paroi vaginale postérieure, qu'on attire à la vulve. Par la façon dont on place les fils on reconstitue un périnée plus que suffisant.

Premier temps. — Le premier temps opératoire consiste à tracer une incision courbe à la limite de la peau et de la

(1) Nous laissons de côté la description de ce procédé qui fera dans un des prochains numéros l'objet d'un article spécial de notre collaborateur le Dr Foncourt Barnes. (N. D. L. R.)

muqueuse. Elle va de a à a et doit être faite au bistouri (fig. 10). Elle doit être assez profonde.



Fig. 10. — Premier temps du procédé de Doléris.

Deuxième temps. — Le deuxième temps de l'opération



Fig. 11. — Deuxième temps du procédé de Doléris.

consiste en la dissection de la lèvre supérieure muqueuse de l'incision. On commence en donnant quelques légers coups de bistouri. Cette lèvre est ensuite saisie en D avec une pince ou un crochet (fig. 11), et relevée vers le pubis. On détruit au bistouri les tissus de cicatrice du périnée et, une fois que l'opérateur est certain d'avoir libéré les adhérences cicatricielles, il laisse le bistouri et ne se sert plus que de l'index de la main gauche, qui s'engage lentement en fouillant les tissus et en séparant la paroi vaginale de la paroi rectale. Cette séparation est portée jusqu'au point destiné à limiter la perte de substance que doit subir la paroi vaginale. Or, ce point est destiné à être attiré en avant et à être affronté avec le rebord cutané de l'incision première.

Troisième temps. — L'affrontement s'opère grâce an placement spécial des sutures. Trois fils suffisent.

M. Doléris choisit de préférence du gros crin de Florence, monté sur des aiguilles courbes. Le premier fil est le plus



FIG. 12. — Quatrième temps du procédé de DOLÉRIS.

médian. L'aiguille pénètre latéralement à gauche de l'anus, chemine profondément dans les tissus et vient accrocher le

lambeau vaginal, tout près du point extrême du décollement. Pour cela l'aiguille transperce le lambeau à gauche, pénètre ainsi dans le vagin, retraverse le lambeau à droite et, plongeant dans les tissus avivés, vient ressortir à droite de l'anus. On peut se dispenser de pénétrer dans le vagin et se contenter d'accrocher seulement la face profonde du lambeau vaginal.

Comme la figure le montre, l'anse du premier fil, étant serrée, doit attirer la paroi vaginale vers la commissure vulvaire et en même temps affronter les rebords opposés à la lèvre cutanée de l'incision. Le deuxième fil est placé d'une façon analogue et un peu plus en dehors. La troisième suture est appliquée de même.

Quatrième temps. — Cela étant fait, il ne reste plus qu'à



FIG. 13. — Cinquième temps du procédé de DOLÉRIS.

réséquer le lambeau flottant qui offre assez bien l'aspect d'une épiglotte (fig. 12). On l'enlève avec les ciseaux ou le

bistouri, par une section transversale, en ayant soin de ne pas raser les fils de trop près.

Cinquième temps. — Lorsque l'opérateur est arrivé à ce moment de l'opération, il a le choix entre deux façons de procéder. Ou bien il peut réunir par une suture continue les deux lèvres muqueuse et cutanée de la plaie oblongue et transversale que l'on voit dans la figure 13, ou bien il peut continuer à unir par des sutures interrompues au crin, les surfaces opposées de l'avivement.



Fig. 14. — Résultat du procédé de Doléris.

La figure 14 montre le résultat obtenu par cette seconde façon de procéder.

C.— Indications générales de ces divers procédés.

Chaque fois que l'on se trouvera en présence d'une colpocèle postérieure totale avec insuffisance du périnée, et qu'avec ces lésions on aura constaté que l'utérus est en place ou peu prolabé, que les ligaments utéro-sacrés sont courts et sains,

la colpopérinéoplastie par glissement, procédé de M. Doléris, devra être, à notre avis, le procédé de choix. On réservera les autres procédés, dont nous avons parlé, pour les cas complexes où l'utérus est abaissé, où le prolapsus vaginal est total, où le col a besoin d'être touché, car dans ces cas quelques fils vaginaux de plus ou de moins ne pourront aggraver la situation, et les procédés de Hegar, Simon, Martin, etc., rétrécissant simplement le vagin sans le tendre d'avant en arrière, n'auront qu'une action favorable sur l'utérus.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

10e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE BERLIN

SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE (VIIIe Section) (1).

Une nouvelle salle d'opération, spécialement pour les laparotomies.

BALANDIN (St-Pétersbourg). — Cette salle d'opération a été construite en 1887 et utilisée, depuis cette époque, pour les laparotomies. On s'est préoccupé dans son installation de réaliser deux conditions capitales : *a*) rendre le milieu opératoire aussi aseptique que possible ; *b*) permettre aux spectateurs de suivre, aussi complètement que possible, tous les détails de l'opération. Dans ce but on a : 1) séparé les spectateurs de l'endroit spécial où se fait l'opération ; 2) diminué la distance des spectateurs du champ opératoire ; 3) agrandi l'angle sous lequel ils voient le champ opératoire, quand cette distance pour une raison quelconque (par exemple, nombre considérable des spectateurs) ne pouvait être suffisamment diminuée. L'espace employé est divisé en deux parties par une cloison en verre ; il mesure en largeur 5 1/4 mèt., en longueur 6 3/4 mèt., en hauteur 7, et cube

(1) Voir *Annales de gynécologie*, août 1890.

250 mètres dont 150 appartiennent au compartiment où l'on opère, 100 à celui réservé aux spectateurs. En ce qui concerne les autres dispositions prises, il nous suffira de dire qu'on s'est efforcé de réaliser les meilleures conditions d'aération, de calorification, et d'éclairage, et de réunir toute une série de moyens qui permettent de supprimer, aisément et au maximum, du milieu opératoire les différentes causes d'infection. On a pu ainsi pratiquer dans cette salle d'opération, les laparotomies les plus difficiles, en présence souvent de plus de 100 assistants, et obtenir des résultats équivalents à ceux des opérateurs les plus heureux.

De la nature et du traitement de l'ostéomalacie puerpérale (1).

Fehling (Bâle). — C'est il y a 3 ans 1/2, que l'auteur pratiqua, pour la première fois, la castration dans un cas d'ostéomalacie grave. Depuis, il y a eu recours 8 fois. De ces neuf malades, une seule succomba des suites d'une sténose intestinale, résultat de l'adhérence de l'intestin à l'utérus, qui avait été fixé à la paroi abdominale. Chez les huit autres opérées, la convalescence fut tout à fait régulière et la guérison s'est maintenue. L'âge de ces sujets variait de 28-51 ans, la plupart avaient plusieurs enfants, et étaient atteintes de leur maladie depuis plusieurs années.

Pour ce qui est de la nature de la maladie, il importe de tenir compte de plusieurs particularités remarquables :

1° L'aggravation manifeste de la maladie à chaque période menstruelle;

2° La diminution remarquablement rapide des douleurs, au niveau des régions affectées, immédiatement après l'opération.

3° La richesse extraordinaire des annexes de l'utérus extirpées en vaisseaux veineux et artériels. Cette multiplication des vaisseaux et, en outre, leur développement qui rappelle celui qu'ils présentent dans l'état de grossesse, semble indiquer qu'il y a là un facteur important de la maladie. (Jusqu'à présent les examens macro — et microscopiques, soit du parenchyme soit du tissu conjonctif de l'ovaire, n'ont révélé rien de spécial.)

(1) Voir *Annales de gynécologie*, août 1890, p. 117.

4° La fécondité remarquable des femmes ostéomalaciques, qui, en moyenne, d'après les cas observés par l'auteur = 5,1.

D'après Baumann = 6,8.

D'après Rosenträger = 8,2.

Cette fertilité semble indiquer une hyperactivité de la fonction ovarique.

D'autre part, seule, l'inaptitude à la reproduction ne saurait fournir un moyen sûr d'amener la guérison, car il y a des femmes chez lesquelles, en l'absence d'accouchement durant 4-8 années, la maladie persista et ne s'amenda qu'à la suite de la castration.

En résumé, l'auteur incline à admettre que l'ostéomalacie est la conséquence d'une hyperactivité pathologique des ovaires. Les ovaires seraient le point de départ d'un réflexe, actionnant les vaso-dilatateurs des vaisseaux des os, aboutissant à une hyperhémie passive et, consécutivement, à une résorption énergique des éléments du tissu osseux. La castration, en supprimant le foyer d'origine du réflexe, partant l'action sur les vaso-dilatateurs, aurait pour résultat la contraction des vaisseaux et la guérison.

Asepsie ou antisepsie dans les laparotomies.

G. Rein (Kiew). — Les brillants résultats obtenus, en tous pays, dans les laparotomies sont la gloire, non seulement des gynécologues et des chirurgiens, mais aussi de la médecine générale moderne. Cependant, nous ne possédons pas encore une méthode universellement reconnue et rigoureusement scientifique de traitement de la plaie dans les laparotomies. Aussi, ai-je eu le désir de tâcher d'étayer scientifiquement l'état actuel de la question.

Les théories microbiennes sur l'origine des maladies septiques et sur la pyohémie peuvent, à l'heure actuelle, être tenues pour parfaitement démontrées. Certes, nous ne contestons pas la possibilité d'une suppuration sans microbes, non plus que celle d'une immunité vis-à-vis de certains microbes pyogènes introduits dans l'organisme (Grawitz, etc.) ; mais, ces restrictions n'infirment en rien le point essentiel de la question. En conséquence, encore aujourd'hui, tout comme au moment de l'apparition de la méthode de Lister, c'est un des principaux devoirs des chirurgiens de protéger la plaie contre les microbes.

Il ressort de là que nous n'avons à notre disposition que deux

méthodes vraiment scientifiques de prophylaxie et de traitement des plaies : l'antisepsie et l'asepsie. Toutes les autres peuvent être ramenées à l'une ou à l'autre de ces deux.

Les particularités, les caractères propres aux microbes pathogènes sont loin d'être parfaitement connus, et on ne sait de même que peu de chose sur les conditions dans lesquelles les microbes non pathogènes et pathogènes fabriquent des ptomaïnes et des matières toxiques dangereuses. Aussi, pour réaliser une protection vraiment sûre de la plaie, est-il indispensable de l'abriter, non seulement contre les microbes septiques et pyogènes, mais contre tous les microbes : en un mot, de réaliser une stérilité absolue. La stérilité de la plaie est le but, que l'on fasse de l'asepsie ou de l'antisepsie.

Mais avons-nous un moyen et une manière d'assurer la stérilité de la plaie en clinique ? Oui. Je me permets de rappeler ici, d'une manière sommaire, la méthode suivie dans mon service, cette exposition sera comme une sorte de complément au mémoire que j'ai publié récemment (1). Je considère la vapeur sous tension, comme l'agent le plus puissant et le plus commode de stérilisation ; elle est dans mon service employée, à la température de 110-119° C., à la stérilisation des pièces de pansement, des instruments, du linge, des vêtements qui servent pour l'opération, des effets des assistants, des fils à ligatures, de l'eau, etc. Une tentative de stérilisation par la vapeur non condensée ne suffit pas, parce que, d'une part, microbes et spores ne sont pas sûrement tués et que, d'autre part, il se peut que les produits virulents de leur activité ne soient pas entièrement détruits (Brieger et C. Fränkel) (2).

Si l'on veut faire de l'antisepsie d'une manière rigoureusement scientifique, la réaliser de telle façon qu'on réussisse à écarter toutes les causes d'infection, il est indispensable d'avoir à sa disposition de l'eau stérilisée et de l'air stérilisé. Qu'on me permette à ce sujet, d'être un peu plus explicite.

Les cliniques, avec chauffage à eau central comme la mienne par exemple, peuvent, du système de tuyaux qui servent au chauffage, tirer commodément et en quantité voulue de l'eau

---

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 9.

(2) *Berl. klin. Wchschr.*, 1890.

stérile. L'eau y est quotidiennement portée à une température qui varie de 40°-60° R. condition qui suffit, ainsi qu'il ressort des recherches de Tyndall, à produire une stérilisation absolue. De plus, afin d'arriver à une sûreté plus grande et pour supprimer toute contamination, cette eau, une fois apportée dans la salle d'opération, est filtrée dans un filtre Chamberland-Pasteur. J'ai, par plusieurs examens bactériologiques, constaté que l'eau ainsi obtenue était parfaitement stérile.

Pour débarrasser l'air des microbes, on le fait filtrer dans les canaux de ventilation à travers des filtres d'ouate, on lave cloisons et plafond, et l'on brasse toute l'atmosphère de la salle d'opération avec une grande quantité d'eau, employée sous forme d'un jet puissant, finement divisé, fourni par le robinet de tuyaux de conduite de l'eau. On a récemment installé, dans ma clinique, d'après une idée du Dr Sapieschko, un dispositif ingénieux et commode pour cet arrosage de l'air, grâce auquel il n'est pas un seul point des cloisons, du plafond, de l'atmosphère qui échappe à l'action de l'eau, et toutes les impuretés sont sûrement entraînées sur le plancher.

La méthode aseptique est fondée sur l'observation de ces précautions essentielles. Si maintenant nous employons, non l'asepsie, mais l'antisepsie dans le sens habituel du mot, alors, nous mettons des substances désinfectantes en contact avec la plaie. Mais, aujourd'hui, nous savons parfaitement que l'organisme dispose, par lui-même, de certains moyens pour se défendre contre les microbes (substances microbicides trouvées par Buchner, Nissen, Nutall et récemment par Netschaeff dans le sang et par Prudden dans le liquide des ascites), et qu'en outre les microbes ont à lutter contre les phagocytes décrits par Metschnikoff. Aussi, nous contentons-nous aujourd'hui d'user des antiseptiques en très petites quantités et sous forme de solutions aussi diluées que possible. Ce sont les seules que nous laissons arriver au contact de la plaie. Il est certain que les expériences bactériologiques montrent que l'addition même de faibles quantités de substances désinfectantes aux milieux de culture exerce une influence très marquée sur le développement des colonies microbiennes. On a jusqu'à présent, dans mon service usé, de préférence, d'une solution phéniquée à 2 0/0, mais elle n'est employée qu'au lavage des éponges, au nettoyage des instruments et au lavage des mains,

dans les cas où l'opération se prolonge quelque peu. De cette manière, il ne peut pénétrer dans l'organisme que des quantités extrêmement faibles d'acide phénique.

La question suivante se pose maintenant : tous les moyens énumérés suffisent-ils à assurer une stérilité absolue de la plaie?

Pour la résoudre, des recherches bactériologiques ont été faites par mon assistant Dt. Pissemsky, avec le concours éventuel de spécialistes en bactériologie, Prof. Pawlowski et Dr Janowski. Ces recherches, conduites d'après les règles ordinaires, ont porté sur les éponges, pièces de pansement, fils à ligature, instruments, ongles, épiderme des mains de l'opérateur et de ses assistants, eau et air de la salle d'opération, plaie et cavité abdominale.

Le résultat général fourni par plus de 200 recherches isolées est de beaucoup plus favorable que celui qui ressort des recherches faites sur le même sujet et publiées jusqu'ici (Schlange et autres). Elles montrent, en effet, que, grâce à notre méthode, on réussit à rendre presque sûrement stériles toutes les substances sauf l'air, qui arrivent au contact de la plaie. De cinquante recherches, faites à différentes époques, il ressort que l'air de la salle d'opération est relativement plus pur que celui des salles voisines, mais que, toutefois, cet air de la salle d'opération contenait au moment de l'opération, des microbes en proportion assez notable (au plus 38 colonies). Une fois seulement, sur 30 observations, on constata la proportion minima de 0 colonies avant et de 2 colonies pendant l'opération.

Mais les résultats les plus intéressants et les plus importants sont ceux fournis par les recherches faites sur les tissus de la plaie abdominale et sur les substances prises dans la cavité de l'abdomin. On fit, en tout, 43 examens. Les fragments excisés furent inoculés sur des milieux appropriés et la plupart du temps l'opération une fois faite; toutefois, il va de soi qu'on ne put pas, dans tous les cas, observer toutes les règles qu'exigent les recherches bactériologiques.

Cependant, en dépit de ces circonstances défavorables, 4 fois sur 7, la plaie abdominale *fut trouvée* stérile ; le sang et les caillots, qui furent retirés, l'opération achevée, avec l'éponge, du fond du cul-de-sac de Douglas se montrèrent également stériles 5 fois sur 10. On examina aussi des fragments d'adhérences, du liquide ascitique, des coagula provenant de thromboses sur-

venues dans le pédicule tordu de kystes, etc. Enfin, on soumit aussi à l'examen des fragments de tissu pris au niveau de la surface de section du pédicule, et 6 fois sur 9, par conséquent dans la proportion de 66 p. 0/0, ils se montrèrent stériles.

De là il ressort que *la stérilité de la plaie est réalisable et bactériologiquement démontrée*, aussi bien avec l'asepsie qu'avec l'antisepsie, bien que non dans tous les cas.

Passons-nous maintenant aux résultats des observations cliniques parallèles, nous voyons que, sur un ensemble de 87 laparotomies que j'ai pratiquées en me conformant aux règles exposées, durant les 4 derniers semestres, j'ai perdu 2 opérées, ce qui donne comme chiffre de mortalité 2,20 0/0. De ces deux opérées, une seule mourut de péritonite septique, développée à la suite de l'énucléation d'un kyste intra-ligamenteux.

Ce résultat général d'une mortalité de 1,1 0/0 par rapport aux processus infectieux, me paraît devoir être tenu pour très satisfaisant, surtout si l'on considère qu'il s'agissait la plupart du temps d'opérations difficiles et, rarement d'opérations aisées, comme l'ablation des annexes, la castration, etc., si l'on songe aussi que ces opérations ont été faites dans une clinique universitaire ouverte à un nombre considérable d'étudiants.

Sous le rapport des affections fébriles durant la période post-opératoire, le résultat fut encore plus favorable : dans 46 0/0 des cas, les suites opératoires furent absolument apyrétiques (température maxima, 37°,6 C.). La proportion des cas dans lesquels la température ne s'éleva jamais au-dessus de 38° est 77,6 0/0. Enfin, dans les 22,7 0/0 cas, où l'on observa de la fièvre, il ne s'agissait pas toujours de processus intimement liés à l'acte chirurgical.

Ces chiffres établissent que, d'après l'expérience clinique, comme par les recherches bactériologiques *la stérilité de la plaie et l'évolution aseptique* furent obtenues dans la grande majorité des cas.

Passons maintenant à la solution de la question posée dans le titre : à quelle méthode devons-nous donner la préférence, à l'asepsie ou à l'antisepsie ?

La réponse à cette question se présente, à présent, beaucoup plus facile que jadis. Nous venons de voir que, dans l'état actuel des choses, la différence entre l'antisepsie et l'asepsie scientifique n'est pas de longtemps aussi grande qu'elle le paraissait il y

a quelques années. Autrefois, nous inondions la plaie et nous lavions la cavité abdominale avec une quantité vraiment colossale de solution phéniquée à 3 à 4 0/0 ou d'autres solutions antiseptiques. Nous imprégnions avec le spray phéniqué, l'air de la salle d'opérations de vapeurs asphyxiantes et nous intoxiquions ainsi les malades et nous-mêmes.

Les exagérations dans l'emploi des antiseptiques ont, naturellement, provoqué une réaction en sens contraire. Elle se traduisit par les travaux de Köberlé, Lawson Tait, Bantock, et d'autres. Ces auteurs eurent le mérite de nous forcer à rechercher soigneusement si tout, dans notre outillage antiseptique, était absolument indispensable. Simultanément, la science bactériologique, jeune encore, prenait en clinique la place qu'elle mérite.

Elle nous a fourni le moyen d'exercer un contrôle exact sur tous nos actes, elle nous a démontré, chose considérée jadis comme fort peu probable, qu'il était parfaitement possible de réaliser la stérilité de tout l'entourage de la plaie et de la plaie elle-même : grâce à son intervention, la méthode actuelle de prophylaxie s'est créée.

Le point capital dans l'antisepsie et dans l'asepsie actuelle consiste en ce que tous nos efforts tendent à réaliser la stérilisation, non de la plaie elle-même, mais de tous les objets qui viennent en contact avec elle. Cette méthode offre des différences assez accusées avec celle qu'on désigne généralement sous le nom d'antisepsie, et elle correspond bien plus à notre *desideratum* : la stérilité absolue de la plaie. En outre, ce but peut être atteint sans préjudice pour la patiente et pour le personnel chirurgical. Elle se distingue enfin, avantageusement, de la « propreté » empirique de Bantock, Lawson Tait, etc., en cela qu'elle comporte un contrôle scientifique et qu'en conséquence elle est plus sûre.

Pour toutes ces raisons, la méthode actuelle de prophylaxie des plaies me paraît mériter une dénomination spéciale et la suivante me paraît la plus convenable « *méthode de stérilisation du traitement des plaies* » (stérilisation methode der Wundbehandlung), cette dénomination exprimant également les principes fondamentaux de la méthode, sa nature et son but. Il est facile de comprendre que la méthode de stérilisation représente en réalité la méthode aseptique, car elle correspond à la définition bactériologique de l'asepsie, ou plutôt de la stérilité de la plaie.

Si nous avons dans ce qui précède réussi à bien fixer le sens de la méthode de stérilisation du traitement des plaies, il suit des considérations précédentes que les méthodes aseptique et antiseptique représentent, au point de vue clinique, des subdivisions ou des manières diverses d'application de cette même méthode. Le choix entre elles, en conséquence, n'est pas difficile.

En principe, il est juste de placer l'asepsie au-dessus de l'antisepsie, parce qu'elle n'entraîne pas l'intervention de substances toxiques pour l'organisme. Il est vrai que ces dernières, employées en petites quantités ou sous forme de solutions faibles, sont incapables de produire une intoxication générale de l'organisme. Elles peuvent toutefois affecter d'une façon fâcheuse les éléments constituants des tissus, en troublant le jeu naturel de leur activité régénératrice dans la cicatrisation de la plaie. Comme, en général, les tissus vivants, non infectés, ne contiennent aucune sorte de microbes, l'antisepsie n'est en réalité que l'aveu de l'impuissance où nous sommes de mettre sûrement la plaie à l'abri d'agents hétérogènes et nocifs qui ne devraient jamais arriver à son contact.

Si le principe de l'asepsie est reconnu comme scientifique, s'il est démontré qu'il est possible de réaliser au moyen de l'asepsie la stérilité de la plaie, il ne nous semble pas douteux qu'on découvrira un moyen qui permettra de rendre la méthode absolument sûre et de la transporter dans la pratique. Peut-être la disposition ingénieuse de Sapieschko satisfait-elle à tous les *desiderata?* Jusqu'à présent, les expériences ont fourni les résultats les plus favorables.

Mais, aujourd'hui encore, nous devons donner la préférence à l'antisepsie, celle-ci étant considérée comme une des formes d'application de la méthode de stérilisation. Cela, la prudence l'exige. Puisque nous ne disposons pas d'un air stérile et qu'il nous est impossible de nous passer de l'air, il est naturellement extrêmement difficile et presque exceptionnel d'avoir une plaie stérile. La chose est évidente pour tout bactériologiste qui, dans ses travaux, s'entoure des précautions les plus minutieuses, pour prévenir l'entrée directe de l'air.

Nous avons, en outre, en utilisant nos matériaux cliniques durant le dernier semestre, fait pratiquement la preuve de l'utilité de l'emploi des antiseptiques. De 28 cas nous en avons

traité 15 exclusivement par l'asepsie, et les 13 autres en faisant rentrer dans la méthode de stérilisation l'usage d'une solution phéniquée pour le lavage des éponges et des instruments.

Pour la 1re série, l'évolution clinique aussi bien que les résultats des recherches bactériologiques furent un peu plus défavorables que dans la seconde.

Ainsi, pour le 1er groupe, les suites opératoires furent fébriles (élévation de la température au-dessus de 38°, même une seule fois) dans la proportion de 40 p. 0/0, tandis qu'elles ne furent que dans celle de 15 p. 0/0 pour le deuxième groupe. Le seul cas de mort appartient aussi à la 1re catégorie. Par contre, le 2me groupe, si l'on y comprend les opérations faites, durant les 3 précédents semestres, d'après la méthode, ne donne qu'un cas de mort sur 72 laparotomies. Ainsi, la mortalité tombe pour le second groupe à 1,3 p. 0/0 sans un seul cas de septicémie, tandis que ce chiffre pour le second groupe s'élève à 6,6 p. 0/0 (un décès sur 15 cas).

Il ressort, en conséquence, de cette statistique, s'il est permis de tirer des conclusions d'un nombre aussi restreint d'observations, qu'il n'est pas indiqué d'exclure complètement les antiseptiques de la clinique. Il serait même plaisant qu'on se garât aujourd'hui, comme du feu, d'une seule goutte de solution phéniquée faible, alors que, récemment encore, on l'employait par litres.

J'ai la conviction que, encore à l'avenir, même si l'asepsie pure réussit à prendre la place prépondérante qu'elle mérite, l'antisepsie, appliquée sous telle ou telle autre forme, ne sera pas complètement abandonnée. Asepsie et antisepsie auront en clinique leurs indications spéciales et ce n'est que plus tard qu'on pourra préciser exactement les indications spéciales à chacune des deux méthodes. A l'heure présente, on ne peut que formuler approximativement les indications suivantes de la forme antiseptique de la méthode de stérilisation :

1° Infections microbiennes du péritoine.

2° Foyers purulents du péritoine et des tissus environnants.

3° Opérations dans des milieux insuffisamment préparés ; par exemple, dans la pratique privée.

4° Opérations incomplètes.

5° Méthode extra-péritonéale.

6° Nécessité du drainage.

7° Apparition à l'hôpital de processus infectieux.

La forme aseptique de la méthode de stérilisation est, peut-être, déjà indiquée dans les infections des organes parenchymateux (les reins, en particulier), et dans les incisions exploratrices.

Dans tous les autres cas, le choix entre les deux procédés doit être laissé aux préférences personnelles des opérateurs ; toutefois, l'emploi circonspect de l'asepsie pure est tout à fait justifié.

En terminant, ici, ma communication, qu'il me soit encore permis de la résumer :

A mon avis, la méthode la plus rationnelle de traitement des plaies réside dans la méthode de stérilisation, parce que nous avons la possibilité d'avoir des plaies stériles.

Je ne tiens pas pour importante une séparation, une division entre l'asepsie et l'antisepsie. Mais, aussi longtemps que nous resterons dépourvus d'un moyen sûr d'obtenir une asepsie absolue nous ne saurions, dans la grande majorité des cas, nous dispenser complètement de mettre en contact avec la plaie des quantités modérées de substances désinfectantes.

Salpingites. — Considérations sur le diagnostic et la thérapeutique des collections tubaires (hydrosalpinx, pyosalpinx).

LANDAU. (Berlin) — Les sacs tubaires sont beaucoup plus communs qu'on ne l'admettait jadis, beaucoup plus fréquents que ne le pensent encore aujourd'hui bon nombre de médecins. Les paramétrites, périmétrites, métrites, tumeurs solides, telles que fibroïdes, myômes, tumeurs des ovaires, etc., ont été souvent confondues avec eux. De plus les kystes tubaires sont, à l'heure actuelle, réellement plus nombreux que jadis. Aux conditions pathogéniques de tous temps existantes, (gonorrhée, infection pendant et après l'avortement et l'accouchement, maladies intestinales, etc.) se surajoutent, à l'heure actuelle, les manœuvres de la soi-disant petite gynécologie, qui donne lieu à beaucoup trop d'interventions. Nous citerons en particulier, comme cause de salpingites, les manœuvres sur le col et les manœuvres intra-utérines (injections, curage, cautérisation).

L'infection des trompes peut en effet se produire malgré l'asepsie la plus rigoureuse, et même malgré l'antisepsie la plus rigoureuse.

Nous ne pouvons, par rapport au canal génital, assurer l'asepsie que pendant la durée de l'intervention ; nous ne le pouvons pas, postérieurement à celle-ci, pendant le temps qu'exige la guérison. L'infection des trompes se fait aussi par un mécanisme analogue à celui des épididymites qui surviennent à la suite d'injections urétrales fortes.

I. **Diagnostic**. — Les connaissances diagnostiques que nous possédons, dérivent des laparotomies, et des perfectionnements apportés à nos méthodes d'investigation. Les *signes classiques*, fondés sur la forme, le volume, la mobilité, ne se rencontrent que rarement ; ils sont la plupart du temps fictifs. De même, l'anamnèse, les symptômes, la marche de l'affection n'offrent rien de caractéristique. Cependant, les coliques tubaires ont une certaine importance.

A. HYDROSALPINX. — L'hydrosalpinx s'accompagne de signes objectifs : J'en tiens deux pour très importants, l'un d'eux pour pathognomonique.

1° Le siège (développement) est caractéristique.

2° Le signe pathognomonique est une sensation obtenue par le palper, et fournie, non par la trompe elle-même, mais par l'utérus. Il semble que l'utérus repose sur un coussin à air. C'est une sensation d'élasticité, de *ressort*. Ce symptôme peut manquer :

a) Lorsque l'utérus est lui-même fixé ;

b) Quand le contenu du sac est trop peu abondant ;

c) Quand la paroi du sac est recouverte et épaissie par des exsudats inflammatoires.

Lorsque cette sensation de ressort existe, on peut formellement poser le diagnostic de sac tubaire. Par contre, s'il fait défaut, il ne s'ensuit pas qu'il faille, de ce fait, écarter l'hypothèse d'un hydrosalpinx. Le symptôme du « *ressort* » est pathognomonique et autorise à éliminer l'hypothèse de diverses tumeurs qui se développent sur les côtés et en arrière de l'utérus : kystes dermoïdes, hématocèle (qui, du reste, fournissent au palper des sensations spéciales), tumeurs des ovaires, etc.

Le trait caractéristique de l'hydrosalpinx consiste en ce qu'on sent à la pression, non seulement une poche pleine, passivement distendue et qui se maintient sous l'influence de la pression in-

terne, mais une poche élastique et musculaire, qui, comprimée, réagit activement.

Les sacs tubaires, résultat de l'hydrosalpinx, sont souvent durs, au point que le phénomène de la fluctuation n'est pas constatable.

Il est parfois impossible, avant l'ouverture du ventre, de déterminer si chez une malade, l'hydrosalpingite est uni ou bilatérale; parfois même cette distinction ne peut être encore faite lorsque le ventre est déjà ouvert par suite des raisons suivantes :

a) La même trompe peut en se contournant, se disposer en arrière et sur les deux côtés de l'utérus, ce qui fait qu'on constate facilement la présence de deux sillons.

b) Ou bien, deux sacs se trouvent si intimement juxtaposés par des adhérences, ou même par un simple effet de compression, qu'ils donnent à l'examen la sensation d'une tumeur unique. Dans ce cas, il ne peut être question de sillons distincts; on en rencontre tantôt de nombreux, d'irréguliers, tantôt pas un seul.

De ces considérations, il ressort que le signe classique : palpation facile du point de départ de la trompe dans l'hydrosalpinx, n'a en réalité aucune valeur.

Il est un autre signe pathognomonique — d'ailleurs très rare — on l'obtient quand on réussit, par la pression directe sur le sac et vers l'utérus, à mettre en évidence le contenu tubaire.

B. PYOSALPINX. — Le pyosalpinx est le plus souvent bilatéral; quand il est unilatéral, il coïncide généralement avec un hydrosalpinx du côté opposé.

La forme de la tumeur est importante dans la salpingite : les tumeurs rappelant la forme de l'intestin, ou fongiformes, vermiformes, cylindroïdes, munies d'une extrémité caudiforme, et bilatérales, sont la règle dans les cas de salpingite; tandis qu'elles reconnaissent rarement une autre origine.

Le signe du ressort, à la palpation, fait défaut dans le pyosalpinx, parce que la paroi est rigide, épaissie, altérée, et que les adhérences font disparaître toute élasticité, toute contractilité; d'autre part, le contenu est souvent trop peu abondant et, de par sa consistance, à peine liquide.

Le diagnostic différentiel entre les tumeurs utérines ou ovariques d'une part et le pyosalpinx d'autre part, au moyen de la palpation bimanuelle pratiquée selon le mode habituel, est souvent fort difficile, parfois même insurmontable. En pareil cas,

l'examen par le rectum est un auxiliaire extrêmement utile.

a) Si, indépendamment des tumeurs, on réussit à percevoir les ovaires, il reste toujours à faire le diagnostic différentiel entre le pyosalpinx et les fibroïdes de l'utérus. Et naturellement, les tumeurs ovariques doivent être éliminées.

b) Quand le cas se complique d'abcès tubo-ovariques, d'abcès des ligaments larges, des ovaires, il est impossible de faire le diagnostic différentiel par le palper.

c) Par contre, il est aisé de faire le diagnostic différentiel entre l'hydro ou le pyosalpinx et la grossesse tubaire ou l'avortement dans une trompe gravide, quand les signes de la gravidité apparaissent ou qu'on assiste à l'expulsion d'une membrane déciduale.

d) La grossesse ectopique ou l'avortement dans la corne rudimentaire d'un utérus bicorne, se reconnaît à l'issue basse, caractéristique de l'une des cornes. La trompe malade, émane d'un point situé beaucoup plus au-dessus de l'orifice interne.

e) Dans la grossesse évoluant dans la corne d'un utérus bicorne, à col unique, ou d'un utérus cloisonné, à col double, le développement de la moitié gravide en avant représente un signe important pour le diagnostic.

f) L'hématomètre dans la corne rudimentaire d'un utérus se distingue par l'apparition de douleurs survenant à intervalles réguliers, aux époques menstuelles, s'accompagnant aussi d'hémorrhagies.

g) La consistance d'une trompe gravide est suffisamment caractéristique pour qu'on écarte l'hypothèse d'un pyosalpinx. La trompe gravide est molle, œdémateuse, pâteuse, d'une consistance qui se modifie sous la main qui l'explore (contractions).

Les sacs tubaires sont au contraire solides, rénitents, sauf les cas d'hydrosalpinx intermittent.

h) Les épanchements sanguins, les exsudats, les suppurations, les abcès pelviens n'ont pas de formes nettes, ils sont diffus, et mal limités.

i) Les myômes ne peuvent être différenciés du pyosalpinx par le palper.

Dans tous les cas douteux, ou bien lorsque des parois abdominales trop épaisses, trop grasses, ou quand une contraction exagérée des muscles rendent le diagnostic impossible par la palpation, notre auxilaire le plus puissant pour le diagnostic, c'est : *la*

ponction exploratrice. Celle-ci peut être faite, suivant le siège et le développement du sac tubaire, par le vagin ou à travers la paroi abdominale. La ponction exploratrice décide immédiatement si l'on a affaire à une tumeur solide ou à contenu liquide.

Amène-t-elle du liquide, déjà on sait que toute une série de tumeurs possèdent des caractères *macroscopiques* sûrement divers : kystes colloïdes, dermoïdes, fibro-kystes, hématocèles, etc., des réactions chimiques en petit nombre et faciles, même la seule ébullition, militent pour ou contre les kystes à échinocoque et les kystes parovariques. On reconnaît à l'œil nu les liquides qui contiennent du pus, et la simple constatation de la teneur faible ou élevée en albumine, de la richesse en chlorures fait pencher en faveur d'une hydropisie inflammatoire ou passive de la trompe. Enfin le microscope vient à notre aide, en mettant en évidence la couronne de crochets des échinocoques, les cristaux de cholestérine, l'hématoïdine, les corpuscules du pus, etc.

D'autre part la ponction exploratrice, dans le cas de sacs tubaires déjà diagnostiqués, permet d'adopter, de préférence, tel ou tel procédé opératoire.

II. **Traitement**. — Jadis, les sacs tubaires étaient rarement reconnus sur le vivant. Cela provenait de la connaissance incomplète que l'on avait des signes diagnostiques, objectifs et subjectifs, de l'affection, aussi bien que de l'imperfection des procédés d'investigation. D'autre part, quand ils étaient reconnus, on les tenait pour de véritables *noli me tangere*, ce qui s'explique par les dangers associés alors aux actes opératoires.

Puis vint, pratique encore acceptée aujourd'hui, l'extirpation de toute tumeur située dans l'abdomen, des sacs tubaires comme des autres. Avec cette manière de faire, ce n'est pas tant un diagnostic précis qui importe, mais une méthode opératoire sûre. C'est grâce aux bons résultats opératoires qu'ont été acquises nos connaissances sur les sacs tubaires.

En réalité le diagnostic d'une collection tubaire ne constitue pas nécessairement une indication suffisante pour la salpingotomie et la castration, comme peut être une tumeur ovarique ou un cancer : aussi en raison des conséquences fâcheuses des opérations même conduites d'une manière heureuse, faut-il pour s'y décider une indication formelle.

A. — HYDROSALPINX. — L'hydrosalpinx peut guérir spontanément. Le mécanisme grâce auquel s'opère la guérison nous est indiqué par l'*hydrosalpinx intermittent.*

Les méthodes de traitement, quand le diagnostic est formellement établi, sont :

1° Moyens orthopédiques, moyens mécaniques.

2° Moyens chirurgicaux.

1° *Moyens orthopédiques.* — *a*) Réduction d'une position anormale de l'utérus dans l'intention de modifier favorablement la position de la trompe. Chercher par ce moyen à amener l'écoulement du contenu de la trompe comme dans l'hydronéphrose intermittente.

b) Massage, lequel permet d'exprimer directement le contenu de la trompe, soit en relâchant les adhérences qui unissent entre elles les diverses portions de la trompe, ou celle-ci avec les organes voisins, soit en supprimant les flexuosités et les torsions de la trompe, et en rendant possibles les contractions de cette dernière. On complète le traitement par les bains,les irrigations tièdes, etc. Dans la main d'un praticien, qui se rend bien compte de la situation, qui n'est pas seulement un gynécologue, mais qui pratique le massage avec art, cette méthode de traitement donne des succès ; elle est il est vrai lente, mais ne peut jamais entraîner des conséquences fâcheuses.

Ces deux méthodes, je les emploie; quant aux deux suivantes, je les condamne :

c) Le cathétérisme des trompes. Cette méthode est dangereuse. Déjà, à cause de la direction du canal à sonder par rapport à l'axe de l'utérus, une sonde rigide est impropre. Et, une sonde élastique ne pénètre pas en général dans l'ostium tubaire fermé.

d) De même, la dilatation de l'utérus n'est ni sûre ni absolument inoffensive. Les manœuvres qu'elle exige peuvent soit provoquer la rupture d'un pyosalpinx, soit déterminer la transformation d'un hydrosalpinx en pyosalpinx.

2° *Procédés chirurgicaux.* — Ces procédés entrent en ligne quand les moyens orthopédiques ont échoué. L'objectif principal du chi- rurgien doit être de soumettre les trompes à une intervention aussi conservatrice que possible, de les conserver ainsi que les ovaires; d'éviter la salpingotomie et la castration dont il est impossible de prévoir les conséquences (éventration, irritation nerveuse).

En premier lieu, je tâche d'aborder le sac par le vagin, et j'ai recours à la ponction par le vagin, injustement condamnée et délaissée comme méthode de traitement.

a) Ponction simple. Antisepsie rigoureuse nécessaire. Par la pression exercée à travers la paroi abdominale, la tumeur est abaissée vers la voûte du vagin. Puis on enfonce un trocart approprié, conduit sous la protection des doigts, sans spéculum et sans fixation préalable de l'utérus. Prendre toutes les précautions pour éviter l'entrée de l'air. En aucun cas, ne faire de l'aspiration. Grâce aux précautions que j'observe, on ne blesse ni les organes voisins ni les vaisseaux, d'ailleurs, ces lésions sont en général difficiles à produire.

J'attribue les insuccès de jadis à une technique défectueuse ; les conceptions théoriques sont réfutées par les expériences pratiques.

La ponction peut, à notre choix, être complète ou partielle. Partielle, elle suffit en beaucoup de cas, évidemment parce que la couche musculaire, surdistendue, se détend et peut dès lors se contracter. La ponction agit ici comme la ponction des membranes dans le cas d'utérus gravide.

La ponction complète donne des résultats divers. Le plus souvent, la guérison a lieu qu'il s'agisse d'un sac tubaire unique ou multiple, sinon au point de vue anatomique, du moins au point de vue clinique. Il reste en beaucoup de cas un sac flasque, une trompe dilatée ; mais le liquide ne se reproduit pas. Parfois, pourtant, cette reproduction a lieu. C'est là, la deuxième issue de la ponction : Récidive après la ponction. Cette récidive se fait, en général, après un long délai. Lorsqu'elle survient rapidement, ou bien, quand elle succède à une deuxième ponction, les deux modes suivants d'intervention se présentent :

b) Ponction complète et lavage de la cavité avec une solution phéniquée à 3 p. 0/0.

c) Injection de teinture d'iode dans le sac après évacuation de son contenu.

d) La ponction suivie de l'application à demeure d'une sonde destinée à provoquer la suppuration doit être proscrite.

Quand le sac tubaire n'est pas développé du côté du cul-de-sac postérieur, qu'il s'est au contraire dirigé vers la paroi pelvienne antérieure, en général la ponction par le vagin n'est plus indiquée. Il en est de même de la ponction à travers la paroi abdominale, parce que les sacs non adhérents se rétractent.

Dans cette variété d'hydrosalpinx, ainsi que dans les cas où la ponction a échoué, on peut avoir recours à *e*, l'incision. (V. plus bas, pyosalpinx, paragraphe 24.)

A la ponction simple par le vagin, que j'ai pratiquée dans des centaines de cas, on peut à la vérité objecter qu'il m'est arrivé, par erreur, d'ouvrir des kystes ovariques, à échinocoques, paro-variques et des trompes gravides. Mais, dans les premiers cas, l'intervention n'a pas été nuisible, et dans les autres, elle a amené la guérison.

B. — PYOSALPINX. — On observe des guérisons spontanées dans le pyosalpinx.

Toutes les formes ne réclament pas un traitement radical.

Beaucoup de cas évoluent sans phénomènes symptomatiques.

Quand il s'agit de pyosalpinx, les procédés mécaniques de traitement sont hors de question.

La ponction dans le cas de pyosalpinx ne représente pas un moyen curatif ; il en est ici comme dans la pleurésie purulente où, seule, l'incision réalise le but.

En conséquence, deux procédés seulement restent au choix du chirurgien : l'incision et l'excision, celle-ci dans les cas de sacs tubaires multiloculaires, l'autre dans les cas de sacs uniloculaires.

L'incision peut être faite soit par le vagin, soit à travers la paroi abdominale, ou bien simultanément par les deux voies, d'après le volume et le mode de développement de la tumeur en avant ou en arrière et en bas.

L'incision par le vagin sera faite comme la ponction, sans le contrôle de la vue, sans spéculum, et sans abaissement de l'utérus, au moyen d'un bistouri convenable analogue au bistouri pour fistules.

Le pyosalpinx adhère-t-il, comme c'est la règle, au fond du vagin, l'incision n'entraîne naturellement aucune ouverture de la cavité péritonéale.

Au cas contraire, on fixe la tumeur avec la main qui repose sur la paroi abdominale. Puis, avec le doigt introduit dans l'orifice d'incision, on attire la paroi de la poche purulente au niveau de l'incision, et on la saisit dans de longues pinces de Péan, qui restent en place 24 heures, comme dans l'extirpation de l'utérus. De cette façon, la cavité péritonéale est et reste close. (Incision en un temps par le vagin.)

L'opération en deux temps est trop compliquée et dangereuse. S'il survenait des hémorrhagies, on userait aussi des pinces comme moyens hémostatiques. Il suffit de quelque dextérité pour éviter toute lésion des organes voisins.

Le traitement consécutif est aussi simple que possible : on place un drain en T, et, dans le cas de sacs hémorrhagiques, de la gaze iodoformée qu'on laisse 24 heures, et qu'on remplace également par un drain en T. Les drains sont maintenus durant 8 à 14 jours. Abstraction faite d'un lavage de la poche, pratiqué au cours de l'opération, avec une solution de sel de cuisine, et dans le but surtout d'évacuer mécaniquement le pus, je m'abstiens de laver de nouveau le sac, et je n'emploie que des iujections vaginales. Il convient, afin de hâter l'écoulement du pus, de permettre à la malade de s'asseoir huit jours au plus après l'opération.

La plaie de l'incision, quelle que soit son étendue, a une grande tendance à se fermer ; toutefois, il est très facile de la dilater avec le doigt aux cas de phénomènes de rétention.

L'effet immédiat de cette opération simple sur l'état général de la malade est remarquablement favorable.

Ce résultat éloigné est également bon, lorsque la malade, ne tirant pas de son amélioration si rapide une confiance exagérée, a soin de se soumettre à l'examen et au contrôle du médecin. Si elle omet cette précaution, la fermeture prématurée de la fistule, entraîne habituellement la récidive du pyosalpinx.

D'autres cas, lo plus grand nombre, guérissent complètement : un tissu cicatriciel, épais, dur, dans la région du fond du vagin, est la seule trace de l'affection grave disparue.

En d'autres cas, on voit persister encore longtemps une fistule ; mais elle n'exerce aucune influence fâcheuse sur l'état général des sujets et leur laissent leur capacité entière de travail.

Quand les sacs tubaires sont surtout en rapport avec la paroi abdominale, j'ai également recours à l'incision en un temps à travers la paroi abdominale. Si la poche adhère à la paroi abdominale, toute précaution préliminaire est superflue ; si elle n'adhère pas j'opère cependant en une séance, ayant soin, conformément à la pratique que j'ai adoptée dans l'opération des kystes à échinocoques, dans les pyonéphroses et les grossesses extra-utérines (1), de suturer le sac à la paroi abdominale.

(1) *Arch. f. Gyn.*, 1880, p. 450.

En ce qui concerne le siège de l'incision, on le choisit d'après la considération de la situation, du volume du sac et de ses rapports avec l'intestin.

S'il est volumineux, j'incise de préférence suivant la ligne blanche; dans le cas contraire, je dirige l'incision parallèlement au ligament de Poupart, comme pour la recherche des artères iliaques.

Ici encore le traitement est aussi simple que possible. Au début, je faisais toujours une contre-ouverture vers le vagin et drainais par en haut et par en bas.

Depuis, quand il s'agit de sacs peu volumineux, je m'abstiens de faire cette contre-ouverture, car elle m'a paru inutile, et je n'y ai plus recours que dans le cas de poches volumineuses.

Dans les cas exceptionnels, où, en raison de l'interposition des intestins, il était impossible de suturer les sacs tubaires, peu volumineux, à la paroi abdominale, et où d'autre part l'incision par le vagin ne pouvait être employée à cause du développement de la tumeur surtout en avant, j'ai incisé par le vagin, après laparotomie : avec la main placée dans l'espace de Douglas, je pouvais, sans craindre de léser les organes voisins, reconnaître et inciser, par le vagin, le point libre de la tumeur. Drainage par et vers le vagin, et fermeture de la plaie abdominale sans avoir incisé le sac par cette voie.

Je m'abstiens, aussi, dans le cas d'incision de la paroi abdominale, systématiquement, des lavages.

Dans les pyosalpinx, dans les formes d'hydrosalpinx qui échappent aux méthodes de traitement exposées plus haut, et dans les sacs tubaires, où c'est moins le contenu purulent que les altérations tubaires et péritubaires qui constituent le phénomène prédominant, où aussi des adhérences nombreuses avec l'ovaire, lui-même enflammé et contribuant assez fréquemment à la formation d'un abcès tubo-ovarique, représentent le côté essentiel de la maladie, dans ces cas il ne peut être question que de l'*excision*.

Toutes les fois qu'on le peut, on doit laisser les ovaires *in situ*, desideratum réalisable surtout dans l'hydrosalpinx.

Mais, d'une manière générale, non seulement à cause des adhérences, mais en raison aussi des altérations de l'ovaire, on est forcé de faire en même temps que la salpingotomie l'oophorectomie; le cas échéant, seulement la *résection* de l'ovaire.

L'intervention est parfois extrêmement difficile. L'opération est facilitée par le procédé bimanuel d'extirpation des sacs tubaires que j'ai proposé (*Cent. f. Gyn.*, 1882, nº 34); souvent elle n'est possible que grâce à ce procédé.

La position élevée, recommandée par Trendelenburg, facilite également l'opération.

Sur un ensemble de 52 laparotomies pour pyo et hydrosalpinx, je compte une mort, par iléus, survenue 8 jours après l'opération.

Il n'est pas rare que le contenu du pyosalpinx fasse irruption dans la cavité abdominale, au cours de l'extirpation du sac tubaire, dans les cas de laparotomie; on peut soit enlever ce liquide à l'aide d'éponges avec lesquelles on étanche avec soin le péritoine et les intestins, soit le retirer par aspiration vers la plaie abdominale, le plus possible avec l'extirpation du sac. On termine par une toilette minutieuse avec des éponges imbibées d'une solution de chlorure de sodium.

Je n'ai eu recours à la résection des trompes avec suture à la paroi abdominale que dans les cas de gros sacs, ou bien lorsqu'en raison d'adhérences trop étendues avec l'intestin, j'ai dû renoncer à l'extirpation du sac. J'ai fait de nécessité vertu !

Je n'ai pas mis en pratique la proposition de Martin, Schröder et Skutsch d'enlever un morceau d'une trompe oblitérée (proposition faite, naturellement, pour l'hydrosalpinx), dans le but de rendre, grâce à cet orifice artificiel, la conception possible. J'ai été retenu par la crainte d'ouvrir une voie à l'infection, qui pourrait, plus tard, se faire de l'utérus.

Les suites de la salpingotomie sont habituellement remarquablement favorables et définitives. Toutefois, chez certaines femmes, qui ont subi la castration, on voit survenir des phénomènes graves.

Indépendamment des hernies ventrales, apparaissent des troubles nerveux, psychiques, et des altérations trophiques, qui constituent un complexus morbide auquel les sujets préféreraient leur état pathologique antérieur.

C'est surtout chez les hystériques, qui du reste avaient subi ailleurs l'extirpation des trompes et des ovaires, que ces accidents se sont développés au maximum ! Aux douleurs hystériques se surajoutent, dans une mesure tout à fait pitoyable, les troubles causés expérimentalement par la castration.

Salpingite gonorrhéique.

MENGE (Berlin). — L'examen bactériologique des produits inflammatoires dans 25 cas de salpingite suppurée, provenant de la clinique privée de Martin, à Berlin, a révélé dans 8 cas la présence de micro-organismes. Deux fois, il s'agissait du streptocoque pyogène, une fois du staphylococcus pyogenes albus ; enfin, une fois, d'un bacille mobile, saprophyte. Dans les autres cas, le pus ensemencé resta stérile, mais l'examen microscopique, d'après la méthode de Gram, montra une fois un diplococcus et trois fois des gonocoques de Neisser, avec leur forme et leur disposition caractéristique.

Dans les trois derniers cas, il fut impossible de déceler les cocci, même dans les tissus des organes extirpés par la laparotomie.

Dans l'opération, il s'était écoulé dans le péritoine du pus gonorrhéique provenant des sacs tubaires rompus. Ces faits, plusieurs cas, antérieurement rapportés par d'autres auteurs, de pyosalpinx avec issue de gonocoques dans le péritoine, remettent en discussion la question de la péritonite gonorrhéique, niée par Bumm et par l'auteur, question que Koch et l'auteur considèrent comme non résolue.

Mode de formation, non encore observé, de bride amniotique ayant déterminé des amputations multiples.

KUSTNER (Dorpat). — Un nouveau-né, à terme, bien vivant quoique présentant un certain degré de bouffissure de la face, est atteint, sur neuf doigts et les 2 gros orteils, d'amputation d'une ou de plusieurs phalanges. A l'examen du délivre et des membranes, on constate que l'amnios s'est complètement séparé du chorion, qu'il s'est rétracté jusqu'au niveau de l'insertion placentaire du cordon, et qu'il s'est transformé en une bride qui, en s'enroulant autour des extrémités fœtales, a produit les amputations observées. Il porte aussi un certain nombre de petits corps, semblables à des baies, vestiges évidemment des tronçons des doigts et orteils amputés. D'autre part, la disposition en spirale de la bride autour de l'insertion placentaire du cordon a sans doute causé, par la compression des vaisseaux de cet organe, l'état de bouffissure offert par le nouveau-né, à sa naissance.

Il est probable que la déchirure et le retrait consécutif de

l'amnios, sont survenus vers la fin du 2e mois ou le commencement du 3e, époque à laquelle, d'après les commémoratifs, on aurait observé des phénomènes d'avortement.

Rapport sur l'antisepsie en obstétrique.

HENRI FRITSCH. — Si je me fais une idée exacte de la mission d'un rapporteur, je dois essentiellement mettre en évidence les opinions qu'acceptent à l'heure actuelle la grande majorité des médecins allemands, et ne pas accorder une importance spéciale à la conviction scientifique, qui m'est personnelle. Mais, je me trouve dans cette situation heureuse de pouvoir constater que mes idées concordent entièrement avec celles de la généralité des médecins. Dans les choses de la médecine, il se rencontre aussi une opinion courante, une sorte de *vox populi*, qui correspond à la vérité, qui, entre l'exagération et l'excès en sens contraire, s'arrête au juste milieu.

Si nous jetons un coup d'œil sur les vingt dernières années, — car, antérieurement il ne peut être question d'antisepsie en tant que méthode de traitement de la fièvre puerpérale, — nous distinguons trois périodes : 1) *les recherches, les essais avec l'antisepsie, l'expérimentation plus ou moins circonspecte ;* 2) *l'élévation, pour ainsi dire, la marée haute, l'enthousiasme, l'exagération ;* 3) *l'acheminement progressif vers les opinions modérées, actuelles.*

Il est d'ailleurs naturel qu'au début d'une méthode de traitement, nouvelle, les considérations théoriques prédominent, puisque l'expérience pratique fait encore défaut. Seulement, il est beaucoup plus aisé que la théorie soit conséquente avec elle-même, que la pratique. Il est plus facile d'imaginer une méthode que de l'appliquer. Aussi, dès le principe, on s'exagère en prétentions et en espérances. On dit : la cause de la maladie est connue depuis longtemps. Nous avons appris à combattre victorieusement cette cause. Rien de plus simple, de plus commode que de conduire à bien cette lutte !

Mais, dans leur application, les règles antiseptiques établies, les différentes méthodes de la thérapeutique par les substances désinfectantes, exigent des conditions irréalisables dans la pratique privée. Je signalerai seulement la méthode, d'irriguer l'utérus d'une manière continue.

A ces expériences qui naturellement furent, en premier lieu,

entreprises dans les cliniques, souvent les médecins praticiens prenaient une part, et, à la vérité, non la plus mauvaise. Longtemps, régna le principe suivant : *chaque accouchée a en elle toute une quantité de produits toxiques*. Le poison doit, de toutes manières, être éliminé de l'organisme. Et beaucoup de médecins exigèrent même que les sages-femmes fissent le lavage, non seulement des parties génitales externes comme jadis, mais encore des organes génitaux internes. On disait, théorisant : la solution phéniquée ne peut être nuisible, les lochies sont des excreta qui doivent être éliminés. Enlevons ces substances inutiles, fermentescibles, éventuellement virulentes, de cette façon, nous ferons que toute accouchée restera, nécessairement, bien portante.

On tenait pour retardataire, de la vieille école, tout médecin qui n'entonnait pas ce chant de triomphe de l'antisepsie, et l'on considérait comme irrationnel de ne point pousser la méthode antiseptique aussi loin que possible.

Mais, cet édifice pompeux de l'antisepsie théorique fut battu par le rude courant de la pratique et renversé par les leçons de l'expérience, on s'aperçut bientôt que l'*asepsie absolue*, désirée, n'était pas obtenue avec l'antisepsie. Les accouchées étaient malades comme jadis. Bien plus ! Des rapports, émanés de directeurs d'hôpitaux, soucieux de la vérité, vinrent démontrer que les maladies, que même les cas de morts, depuis cet usage abondant de l'acide phénique, étaient devenus plus nombreux.

Naturellement, dans ce sens, l'acide phénique n'était pas dangereux. Le lavage de la plaie ne déterminait pas de fièvre; une substance désinfectante n'infecte pas ; mais la région n'était accessible à aucune méthode sûre de désinfection. Il était impossible dans la région située entre l'anus et l'urèthre, en arrière de la vulve, siège de replis et de plaies irrégulières, dans la cavité utérine, de désinfecter aussi sûrement que sur la surface unie du tégument.

L'expérience nous enseignait-elle que des accouchées, en l'absence de lavages antiseptiques, restaient bien portantes durant les suites de couches, que d'autre part, malgré des lavages abondants, les suites de couches étaient plus souvent pathologiques, la question se trouvait par cela seul jugée : il fallait abandonner la méthode. Sans doute, on pouvait rechercher les raisons de nature à expliquer, scientifiquement, le fait contradictoire en

apparence, qu'avec le lavage phéniqué des plaies il survenait plus d'accidents qu'en l'absence de ce lavage; mais, il n'était pas possible, pour simple amour de la théorie, de conserver une méthode dangereuse.

Partout s'éleva ce conseil : ne pas vouloir trop faire, laisser les accouchées bien portantes en repos, ne pas vouloir forcer la nature à obtenir une guérison par un processus non naturel, là où, en réalité, il n'y a aucune maladie.

Ceux-là donc avaient raison qui, au début, ont combattu les exagérations des méthodes antiseptiques. Toutefois, ne condamnons pas ceux qui ont poursuivi l'idéal irréalisable d'une asepsie absolue par une antisepsie plus parfaite. Car, à ne jamais dépasser le but, à ne pas pècher par excès, il est impossible de reconnaître le juste millieu. Celui qui rétrocède à temps, aura un mérite par cela même qu'il est allé un jour trop loin. Comment, sans expérience personnelle, eût-il reconnu qu'il était allé trop loin, qu'il peut et doit se contenter de beaucoup moins. Il n'a pas, dès le principe, agi à faux comme un insensé, il n'a pas actuellement été remis dans la bonne voie par d'autres, c'est peu à peu, d'une façon empirique, logiquement, en se rendant compte des fautes commises, qu'il est revenu à des idées justes. Aussi, ce sont des éloges et non des reproches qu'il a mérités!

A l'heure actuelle, nous sommes tous convaincus que, quand une accouchée est bien portante, — et nous pouvons diagnostiquer l'état de santé, — tout traitement local est hors de lieu, si toutefois nous nous accordons à ne pas considérer le lavage des parties génitales externes, comme un traitement.

Je crois donc exprimer l'opinion généralement acceptée, en formulant, comme une première position, la suivante : CHEZ TOUTES LES ACCOUCHÉES BIEN PORTANTES, POINT DE TRAITEMENT LOCAL.

J'accepte que sur ce point l'accord est fait. Mais, cet accord est plus problématique en ce qui concerne les cas fréquents de *fièvre légère*, de *la soi-disant fièvre de résorption*. Qu'est-ce cela, nous le savons.

Tel dit à ce sujet : Une fièvre même légère peut devenir élevée, des cas même simples peuvent devenir graves. N'est-il pas plus prudent de voir d'un même œil un cas léger et un cas grave, et de les traiter tous les deux énergiquement? N'est-il pas préféra-

ble de mettre en œuvre tous les procédés et moyens antipyrétiques et antiseptiques éprouvés, que par une inaction complète, une indifférence imprudente risquer de méconnaître un cas grave, et de laisser passer le moment opportun pour une thérapeutique efficace.

Il est aujourd'hui encore des médecins qui, à l'apparition de la fièvre la plus légère, prescrivent immédiatement, au moins des injections vaginales.

Par contre, on peut dire : de faibles élévations de la température s'observent fréquemment en dehors et en dedans des murs des cliniques. Également, avant l'introduction de la méthode antiseptique, nous avons infiniment souvent constaté chez les accouchées des élévations de la température, sans que pour cela l'idée d'un pronostic sombre nous vînt, en général, à l'esprit. Ces cas évoluaient rapidement vers la guérison. Or, il n'en est pas différemment aujourd'hui. Et, il y aurait exagération de notre part si, à l'occasion de ces faibles ascensions de la température, et dans ces cas où il n'existe aucun trouble de l'état général, nous recourions immédiatement aux irrigations. Avec ces lavages, nous produisons sûrement, mécaniquement par la distension du vagin, par l'élévation de l'utérus ou même directement avec la sonde, dans les premiers jours, de petites lésions, et nous ne réalisons pas une purification absolue, c'est-à-dire la stérilisation du vagin. Or, si les lavages ne sont pas prudemment faits, systématiquement poursuivis et souvent répétés, l'agent désinfectant s'élimine, s'écoule, est chimiquement détruit ou résorbé avant que tous les germes soient morts. De nouvelles lochies arrivent de l'utérus, conséquemment de nouveaux liquides de cultures favorables à la multiplication exubérante des germes anciens capables encore de vivre. Promptement, la putréfaction s'établit et les petites plaies résorbent. On voit par là qu'un lavage, surtout quand il est pratiqué par une main inhabile, ne fait que nuire. Ce fait, ainsi qu'il a été remarqué plus haut, l'expérience le démontre.

A la vérité, le médecin qui s'assujettirait à faire ces lavages méthodiquement, toutes les deux heures, avec précautions, bien et habilement, supprimerait ces inconvénients. J'ai moi-même longtemps employé avec de bons résultats ces irrigations abondantes. Quoi qu'il en soit, on pourrait toujours objecter contre la méthode, que son application impose aux accouchées beaucoup de fatigue,

qu'elle est douloureuse, qu'elle cause de l'agitation, qu'elle entraîne une grosse perte de temps, qu'elle surmène le médecin et qu'en outre elle est irréalisable à la campagne. Pour mon compte, il me paraît risqué qu'on enseigne et qu'on autorise des méthodes de traitement qui ne peuvent être appliquées que dans des hôpitaux parfaitement organisés, avec un personnel spécialement dressé et avec le concours de nombreux adjuvants. Que doit penser le médecin jeune, qui se heurtant aux dures nécessités de la pratique, est forcé, par suite de considérations étrangères, de se départir immédiatement des enseignements qu'il a reçus, et lorsqu'il acquiert la conviction que ce traitement compliqué est au moins inutile. Assurément, il n'y a aucune exagération à formuler la proposition suivante : *dans le traitement des malades tout ce qui est inutile est aussi nuisible.*

Par contre, il est évident qu'*il faut* soumettre à une observation rigoureuse les fièvres même légères. Et cette observation est si facile. Elle ne réclame que l'usage du thermomètre ! Les progrès de l'intelligence humaine dans ces dernières années sont tels, qu'à l'heure actuelle, tout le monde sait ce qu'est un thermomètre, et que toutes les sages-femmes savent relever la température. Quand un médecin dit que la sage-femme qu'il emploie est incapable de ce soin, c'est sur lui que retombe la faute. Dans les services d'enseignement, on ne fait qu'inculquer aux élèves les connaissances fondamentales, qui doivent être développées dans la suite. Or, tout médecin est le professeur naturel de la sage-femme, il doit instruire celles qui le secondent et compléter leur instruction.

Soit dit sommairement, j'appartiens à la catégorie des médecins qui interdisent aux sages-femmes toute injection pendant les suites de couches. Non point que je pense que, seul, un médecin est capable de les pratiquer, mais parce que le médecin, seul, peut poser exactement les indications, et que conséquemment, il est seul aussi à pouvoir, en connaissance de causes, décider si l'injection doit ou non être faite. Si, pour une raison quelconque, le médecin se voit dans l'obligation de confier le soin de faire cette injection, sous sa surveillance ou d'après ses instructions, à une sage-femme ou à une garde-malade qu'il sait être suffisamment experte, il peut se décharger de ce soin, sous sa responsabilité. Mais, *quant à l'indication des injections, c'est le médecin, seul, qui doit l'établir.*

Des considérations précédentes, je déduis comme deuxième proposition : DANS LES CAS DE FIÈVRE LÉGÈRE (FIÈVRE DE RÉSORPTION), SE CONTENTER DE SURVEILLER TRÈS SOIGNEUSEMENT LES MALADES.

J'arrive maintenant à la 3[e] proposition. Je sais très bien qu'en matière médicale, il est impossible de formuler en quelque sorte des articles de foi, concis. Dans les choses de la médecine, nous n'avons aucun dogme.

Comme la connaissance de la nature ne souffre aucun arrêt, de même, dans les choses qui nous concernent, tout est en évolution incessante. Ce qui est aujourd'hui, je ne veux pas dire pensé, mais accepté, peut demain être repoussé à la suite de nouvelles découvertes. Assertion confirmée en particulier par le développement qu'a subi l'étude de l'antisepsie et de l'asepsie. Ainsi, si l'on voulait rester inattaquable, en formulant des conclusions sur l'objet de mon rapport, il faudrait faire un grand nombre de restrictions. On devrait dire : dans les cas de fièvre élevée, s'il n'existe pas de péritonite, de paramétrite, de mastite, de pleurite ou de vulvite manifeste, également dans les cas de fièvre élevée avec absence de maladies extra-utérines, de même dans les cas de fièvre élevée, lorsqu'on est conduit à admettre que le point de départ de l'affection est dans l'utérus, ou bien, dans les cas de fièvre élevée dans les 3-5 premiers jours après l'accouchement, enfin, dans les cas de fièvre élevée quand on est sûr qu'il n'existe pas déjà de septicémie générale mortelle, il faut faire des injections intra-utérines.

Mais, une règle de conduite, entourée de tant de réserves, de tant de conditions restrictives, sera toujours attaquable. Aussi, en prévision de nombreuses objections, justifiées et non justifiées, l'ai-je condensée et exprimée dans la proposition suivante : DANS LES CAS DE FIÈVRE ÉLEVÉE, ON DEVRA FAIRE DES IRRIGATIONS INTRA-UTÉRINES.

La fièvre est-elle élevée durant les premiers jours des suites de couches, le cas, ainsi qu'on le sait depuis des siècles, est grave. Une thérapeutique énergique est justifiée et nécessaire, si toutefois nous attendons d'une thérapeutique quelque résultat, si nous ne sommes pas, à ce point de vue, d'absolus nihilistes. Nous savons, ainsi qu'il a été dit précédemment, que de légères ascensions de la température se terminent la plupart du temps par la

guérison, mais, d'autre part, nous savons aussi que, lorsqu'il y a fièvre élevée, surtout immédiatement après le travail, le cas devient facilement ou est déjà ce que nous appelons fièvre puerpérale, *sepsis in puerperio*. Je ne veux pas ici rechercher plus longtemps ce qui infecte, ni par quel mécanisme se fait l'infection, il me suffira, empiriquement, de poser la question : *quand la fièvre élevée démontre que l'infection est déjà dans la place, comment et où pouvons-nous prévenir les conséquences fâcheuses de l'infection ?* Il existe deux moyens : 1) fortifier l'organisme ; 2) éliminer les substances dont la résorption est nocive, et de cette façon désinfecter simultanément la surface, qui est déjà infectée et qui résorbe.

Je ne conteste pas les avantages que l'on obtient lorsqu'on s'efforce de fortifier l'organisme. Dans mon court travail « *Grundzüge der Pathologie und Therapie der Wochenbettskrankheiten* » j'ai suffisamment insisté sur ce point. Mais, le vin, la bière, le cognac, le bifteck, les œufs, etc., ne servent de rien, quand il se trouve dans l'utérus et dans le vagin une grande quantité de produits infectieux, qui se développent d'une manière continue, se multiplient et sont résorbés.

Il n'est pas douteux que le long du conduit génital, en haut ou en bas, existent des portes par lesquelles pénètre l'ennemi. Nous ne pouvons fermer ces portes, mais il nous est possible d'éloigner les masses infectieuses qui sont devant ces portes. S'il ne reste aucune substance résorbable, il ne peut plus dès lors se produire de résorption.

Il est vrai que les choses ne vont pas toujours aussi simplement. Le fait qu'il existe une fièvre élevée signifie que, non seulement il y a au niveau de la surface résorbante et devant ces portes ouvertes à l'infection des produits infectieux, mais encore qu'une certaine proportion de ces produits a déjà pénétré dans l'organisme, et que déjà ils ont exercé leur activité au sein des tissus ; pour employer le langage moderne : *que l'intoxication par les plomaïnes a transformé les tissus sains en un milieu nutritif favorable au développement des cocci pathogènes.*

Mais comme les substances nocives en dissolution dans l'eau sont résorbées, de même des médicaments solubles peuvent être résorbés, parvenir au sein des tissus et rendre inoffensives les substances nocives déjà introduites. Nous avons appris, par les

faits d'intoxication par le sublimé, avec quelle rapidité résorbe le canal génital, puerpéral, durant les suites de couches.

Aussi, en lavant l'utérus nous visons un double but et nous obtenons un double résultat : nous éliminons les substances nocives déjà formées, nous empêchons une formation nouvelle de substances virulentes, et nous envoyons dans l'organisme des médicaments qui, localement, dans l'épaisseur des tissus, restent encore bactéricides.

Dans un cas, nous réussirons à sauver la vie, et non dans un autre. Mais, ne pas nettoyer l'utérus, serait agir comme un chirurgien qui prétendrait guérir une septicémie, en relation avec une plaie contuse, par quelques doses d'antipyrine.

Nul, parmi ceux qui durant les vingt dernières années ont eu à traiter des accouchées gravement malades, ne contestera que maintes fois les lavages utérins ont amené la guérison d'un cas grave. Nous devons même ajouter comme chose possible que, dans les cas où une ou deux injections intra-utérines ont été suivies de la défervescence et de la guérison, là encore, si ces lavages n'avaient pas été faits, le développement ultérieur des cocci, la résorption des ptomaïnes et la maladie causée par ces phénomènes successifs, auraient pu conduire à l'installation d'une septicémie mortelle. Les streptocoques des exsudats ne se distinguent par rien des cocci de la septicémie mortelle. Toutefois, je ne base pas ces opinions sur des considérations théoriques relatives aux streptocoques et aux ptomaïnes, à la résorption et la fièvre, mais sur une expérience de 20 ans qui m'a appris qu'il est possible, avec les lavages utérins, de sauver une existence très gravement compromise.

En particulier, dans les maternités consacrées à l'enseignement, on observe de temps à autre, malgré toute la surveillance et toutes les précautions, un cas d'infection. L'étudiant n'est pas précisément un maître en matière de prophylaxie antiseptique. Mais, si l'on apporte une extrême attention, on peut à temps, en semblables circonstances, couper court au danger.

Depuis l'année 1887, je n'ai pas observé à la clinique un seul cas de mort. 1620 accouchements sans un décès ! Par contre, les méthodes appliquées n'ont eu qu'une influence à peu près nulle sur la morbidité. On a employé l'acide phénique, le sublimé, la créoline, et depuis avril 1890, seulement l'eau pour les lavages prophylactiques.

Pour toutes ces raisons, je considère encore aujourd'hui, qu'il convient, quand la fièvre est élevée, de commencer le traitement par une injection intra-utérine.

Ce serait évidemment aller trop loin, que d'entrer dans tous les détails de ce traitement. Je désire seulement, je ne dirai pas faire quelques remarques, mais exprimer encore quelques opinions.

Il est impossible de fixer le moment et le nombre des lavages. *Le moment des lavages*, parce que dans la pratique privée on ne voit pas les cas au début, parce qu'on n'est pas appelé dès le premier frisson. *Le nombre des lavages*, parce que nous réglons notre conduite d'après les résultats fournis par un lavage isolé. L'existence d'une septicémie mortelle est-elle évidente il n'est d'aucune utilité de tourmenter une moribonde. De même, il est clair que si l'on a fait la constatation formelle d'un exsudat, ce n'est plus une affection utérine mais extra-utérine, qu'il s'agit de combattre. *L'injection représente surtout le commencement du traitement, elle n'est qu'une partie, et à la vérité une partie importante de la thérapeutique, mais le nettoyage d'une surface cruentée n'est pas tout le traitement.*

Quoi qu'il en soit, je tiens pour justifiée cette troisième proposition : DANS LES CAS DE FIÈVRE ÉLEVÉE, IL FAUT IRRIGUER L'UTÉRUS.

M. PRIESTLEY (Maine, États-Unis), appelle l'antisepsie la plus grande conquête médicale du siècle. Il y a vingt ans, il avait, dans la Maternité qu'il dirige, une mortalité de 1 pour 13,0. Il viendra un jour, qui n'est pas éloigné, où la fièvre puerpérale ne sera plus connue que de nom.

SLAWJANSKY (Saint-Pétersbourg). Les statistiques fournies par la plupart des maternités russes, témoignent plus en faveur des accouchements qui ont lieu dans les cliniques qu'en faveur de ceux qui ont lieu dans la pratique privée. Et cela, malgré ce fait que la fréquence des complications et des opérations, conditions qui chargent les statistiques et qui expliquent les résultats plus ou moins divers obtenus dans les différents services, est plus grande dans les cliniques. De 1886-90, il a été enregistré en Russie 76,000 accouchements, avec une morbidité seulement

de 8,75 0/0 et une mortalité de 0,38 0/0, résultats très satisfaisants en comparaison surtout de ceux de jadis. D'autre part, l'analyse de ces statistiques montre que les chiffres vont en diminuant d'année en année, ainsi : en 1886 ils étaient de 9,43 0/0 et 0,48 0/0, tandis qu'en 1889 ils s'abaissèrent à 8 0/0 et 0,28 0/0. Il ne faut pas toutefois rapporter exclusivement la différence des résultats à l'emploi des antiseptiques, mais faire surtout entrer en ligne de compte la fréquence plus ou moins grande : 1° *d'accouchements chez les primipares*, 2° *d'opérations*, 3° *de complications*, circonstances qui empirent les statistiques. Il est à remarquer que les grandes maternités et les services affectés à l'enseignement, fournissent de meilleurs résultats que les petits asiles où il n'y a que le personnel affecté aux soins des accouchées. Cette constatation plaide en faveur de la construction de grands établissements.

Loi de périodicité des fonctions physiologiques dans l'organisme féminin.

Ott (St-Pétersbourg). — Il n'est pas une fonction de l'organisme humain qui ait suggéré autant d'hypothèses que le processus des écoulements sanguins menstruels, qui, chez toute femme saine, se font à des intervalles réguliers. Toutefois, bien que le plus grand nombre de ces hypothèses soient fort ingénieuses, aucune d'elles n'a fait assez de lumière autour de ce processus ni en ce qui concerne la menstruation chez la femme, ni en ce qui a trait aux pertes de sang à l'époque du rut chez les animaux.

Si je me permets aujourd'hui d'aborder ce sujet, je n'ai cependant nullement l'intention d'ajouter une hypothèse de plus à celles déjà existantes. Mon but est de montrer simplement la voie qui a déjà permis de mettre en évidence certains faits nouveaux, et qui nous conduira, à bref délai, je n'en doute pas, à une explication exacte du processus de la menstruation. Les recherches sur lesquelles nous aurons plus loin à parler, ne portent pas directement sur la menstruation, mais sur ces processus vitaux, qui entrent en jeu dans l'organisme de la femme pendant toute la période de l'activité sexuelle. Ces phénomènes se produisent et cessent avec la menstruation, ils rentrent donc parmi les phénomènes concomitants, ils sont vis-à-vis d'elle en rapport de dépen-

dance, relation d'autant plus certaine que la périodicité la confirme.

Je laisserai de côté ces phénomènes d'excitabilité, de nervosisme, et les autres phénomènes analogues qui apparaissent à chaque menstruation pour ne m'occuper que des symptômes susceptibles d'être soumis au contrôle d'une méthode scientifique, rigoureuse.

Nous possédons déjà, à l'heure actuelle, des observations exactes sur la température, le pouls et la pression sanguine (C. Rein, Repreff, Dr Ott) qui, toutes concourent à établir que l'activité vitale est à son *maximum* avant la menstruation et qu'elle s'abaisse au début de celle-ci ou immédiatement avant.

Les tracés sphygmographiques, force musculaire et excrétion de l'urée subissent, semble-t-il, des oscillations semblables (Goodmann, Stephanson, Mary Jacoby, Rabuteau). A cause de la grande importance de ces faits, j'engageai le Dr Schichareff à entreprendre de nouvelles recherches sur les phénomènes connexes de la menstruation et à contrôler les recherches déjà faites. Indépendamment de la température, du pouls, et de la pression sanguine, les nouvelles recherches portèrent sur la chaleur rayonnante, la force musculaire, la capacité pulmonaire, la force de l'inspiration, de l'expiration, ainsi que sur l'état du système nerveux par l'étude des réflexes tendineux. On choisit pour ces recherches des femmes, bien portantes, qui, durant tout le temps des observations, restèrent dans les mêmes conditions. Ces observations furent toujours prolongées pendant un long intervalle de temps, dans quelques cas elles comprirent jusqu'à 2 à 3 périodes menstruelles, et les recherches furent pratiquées quotidiennement, à une certaine heure, toujours la même, de la matinée. De cette façon, il fut examiné 57 femmes durant 68 périodes menstruelles.

Les recherches sur la chaleur rayonnante furent toujours pratiquées avec l'appareil *ad hoc* (Thermofugoskops) d'Aruchem, qu'on applique sur un point, toujours le même, de la poitrine (4 sujets d'expérience, 10 périodes menstruelles). La force musculaire fut appréciée au moyen du dynamomètre de Collin, aux deux mains, la traction étant faite avec deux doigts (16 sujets d'expérience, 20 périodes menstruelles). La capacité pulmonaire et la force des ampliations respiratoires furent mesurées avec le spiromètre de Hutchinson et le pneumatomètre de Waldenburg.

Le moment du phénomène de réaction du réflexe patellaire fut déterminé à l'aide du petit marteau, spécialement imaginé pour ces recherches par Bouilly (*Comptes rend. des séances et mém. de la Soc. de biologie*, 1882, p. 595); on eut soin d'imprimer au tendon rotulien un certain choc, toujours le même, sur un point, également invariable, marqué avec un crayon d'aniline.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les résultats fournis par l'étude de l'activité de certains organes et systèmes, appareils respiratoire, vasculaire, musculaire, système nerveux, nous trouvons que : *l'énergie des fonctions de l'organisme féminin augmente avant le début de la menstruation, que par contre elle diminue immédiatement avant ou dès le commencement de l'écoulement sanguin.*

Toutefois, l'excitabilité du système nerveux et la chaleur rayonnante, atteignent leur maximum un peu plus tardivement, pendant la période menstruelle.

Ces recherches et les recherches antérieures démontrent d'une façon scientifique que les fonctions de l'organisme féminin sont réellement soumises à une loi de périodicité. Mais, il s'agissait encore de savoir si ses oscillations régulières étaient ou non sous la dépendance de la menstruation. Et pour cela, voir ce qu'elles devenaient chez les sujets non encore menstruées ou ayant cessé de l'être. Or, les nombreuses recherches entreprises chez les petites filles de 8 à 13 ans et chez des femmes de 58 à 80 ans, inaptes à la génération et également non menstruées, démontrèrent l'absence de ces variations périodiques. « L'observation exacte des processus en question permettrait d'établir finalement une loi, que je désirerais voir formuler de la façon suivante : *Loi de périodicité des fonctions physiologiques dans l'organisme féminin.* »

Myômes utérins. — De l'étiologie des myômes utérins.

Engstroem (Helsingfors). — L'examen des faits cliniques fait voir que l'hyperhémie répétée de l'utérus, à l'occasion des éruptions menstruelles, exerce une influence incontestable sur le développement des myômes utérins. Mais, est-on en droit de considérer ces hyperhémies répétées comme la « cause première » de ces tumeurs, cela est plus contestable. On est plutôt enclin à leur accorder une origine embryonnaire. Et cette hypothèse paraî-

trait d'autant plus fondée, que l'on réussirait à démontrer qu'il existe chez les femmes atteintes une sorte de prédisposition héréditaire. Mais, cette démonstration n'est pas encore faite, bien que Winckel, C. Braun, Gusserow aient observé des cas dans lesquels, la mère et la fille, ou bien deux sœurs avaient présenté des myômes utérins.

De son côté, Emgstron a recueilli les observations suivantes :

1) 2 sœurs atteintes de myômes. Leur mère morte d'hémorrhagies utérines, portait une grosse tumeur hypogastrique.

2) 2 sœurs atteintes de myômes.

3) 3 sœurs atteintes de myômes. Quatrième sœur bien portante. Mère morte d'hémorrhagies utérines, auxquelles elle était sujette depuis quatre ans.

4) 2 sœurs atteintes de myômes, troisième sœur bien portante.

Sur les opérations des myômes.

FRITSCH (Breslau). — En première ligne, la *castration*. Il n'est pas douteux que des myômes s'atrophient après la ménopause artificielle comme après la ménopause naturelle. Mais, cette atrophie comporte encore des dangers nouveaux, nécrose, putréfaction, thromboses, pyohémie, septicémie. D'autre part, on peut observer des dégénérescences kystiques, une augmentation de volume de la tumeur en dépit de la castration. Ainsi, dans 2 cas, l'auteur dut, consécutivement à l'extirpation des ovaires et en raison de l'accroissement de la tumeur, procéder à son enlèvement. Néanmoins, la castration reste indiquée dans 2 cas : 1) quand la malade est trop faible (toute autre intervention mettrait le sujet en trop grand péril) ; 2) quand les tumeurs sont suffisamment petites pour qu'on puisse, le cas échéant, les enlever par le vagin.

La 2me opération, c'est l'*énucléation*, la *décortication* : 1) énucléation de myômes situés dans le parenchyme utérin ; 2) énucléation de myômes para-utérins, sous-séreux. L'auteur a renoncé d'une manière générale à l'énucléation et recourut de préférence à l'extirpation totale de l'utérus, y compris les annexes, pour plusieurs raisons importantes : l'énucléation, à en juger par son expérience personnelle, laisse fort peu de chances de grossesse ; souvent, quand le myôme est situé près de la muqueuse, on est

obligé de sacrifier une portion plus ou moins étendue de la face interne de l'utérus, or, malgré toutes les précautions, il paraît risqué de laisser *in situ* un utérus fatigué, mal nourri, et d'une vitalité douteuse : dangers d'hémorrhagies graves, etc. ; enfin, possibilité d'oublier un myôme, de petit volume, mais susceptible de prendre un accroissement rapide. Aussi, l'auteur restreint-il l'application de l'énucléation aux cas de polypes sous-péritonéaux à large base. Quand il s'agit d'un myôme situé profondément dans le parenchyme utérin, il enlève l'utérus par la laparomyomotomie typique.

Quant à l'énucléation des myômes, gros, intraligamentaires, c'est une opération extrêmement difficile et pleine de dangers. L'hémorrhagie surtout est à craindre. Toutefois, l'intervention s'impose, car ces tumeurs ont une tendance à s'accroître, non point toujours par accroissement des éléments fondamentaux, mais par voie de dégénérescences, dégénérescence kystique, myxomateuse, — il faut opérer, ou la malade est vouée à la mort. Si l'on peut conserver le revêtement péritonéal, le sac, la capsule dans laquelle gisait le myôme, on la suture à la paroi pelvienne, après excision des tissus en excès. Si la capsule se déchire en plusieurs points, si elle se détache mal du myôme, on bourre le fond de la loge et on suture au-dessus le sac déchiré, par une disposition des fils analogue à celle du cordon d'une blague à tabac, de façon à isoler la loge de la tumeur de la cavité abdominale. Puis, par le vagin, on incise hardiment sur une longueur de 4 centim. cette tumeur, factice, qui proémine dans ce canal, et l'on retire un peu, par l'incision, le bout inférieur de la bande de gaze, qu'on a eu soin de pourvoir d'un signe capable de le faire reconnaître. Que l'on ait ouvert ou non le vagin, il est prudent de le tamponner fortement, car ce tampon, ainsi que celui de la poche ancienne de la tumeur, surtout si l'on a soin d'appliquer un bandage abdominal solide, préviennent les hémorrhagies secondaires.

En ce qui concerne les gros myômes intra-pariétaux, pour lesquels on fait la laparomyomotomie typique, l'essentiel dans l'intervention c'est la méthode adoptée pour le traitement du pédicule : a) traitement intra-péritonéal ou extra-péritonéal. Actuellement, c'est le traitement extra-péritonéal qui a fourni les meilleurs résultats. Le procédé que j'ai indiqué, est un de ces modes d'application. Sur 87 opérations, j'y ai eu recours 60 fois et ai perdu

6 malades. Avec de tels résultats, il est impossible d'abandonner sans plus de réflexion une semblable méthode. Mais, je suis bien loin de la tenir pour suffisante.

A la vérité, pour moi, *la méthode de l'avenir, ce n'est ni la méthode extra-péritonéale ni la méthode intra-péritonéale, mais l'extirpation totale de l'utérus.* Comme pour le cancer nous sommes arrivé peu à peu à l'hystérectomie complète, de même pour les myômes utérins l'extirpation totale fera reléguer bientôt, comme surannées, l'énucléation et la myômotomie supra-vaginale, en un mot tous les autres procédés opératoires.

Des causes de la rotation de la tête fœtale autour de l'axe pelvien durant sa progression dans le bassin.

SCHATZ. — Après un historique détaillé et après avoir rappelé les facteurs divers que l'on a mis en jeu (action du releveur de l'anus, du muscle pyramidal, des obturateurs, plans inclinés, pression intra-utérine, rotation des épaules, etc.), l'auteur développe cette opinion que *ce mouvement de rotation est la conséquence directe et nécessaire de la forme ovalaire de la tête.*

De l'hématocèle.

T. VEIT. — Veit recommande tout d'abord de donner des noms différents aux épanchements sanguins qui se font dans les diverses régions périgénitales de la femme; on dira : a) *hémorrhagie intra-péritonéale* pour un épanchement sanguin libre dans la cavité péritonéale; b) *hématocèle* lors d'hémorrhagies enkystées dans le péritoine; c) *hématome*, lors d'hémorrhagies dans le tissu conjonctif. L'hématocèle ne résulte jamais d'un épanchement sanguin libre, dans une cavité péritonéale saine, car, si l'hémorrhagie s'arrête, le sang est résorbé, si elle ne s'arrête pas la mort survient, la pression intra-abdominale étant insuffisante pour arrêter l'hémorrhagie. Pour qu'il y ait hématocèle, il faut ou que des adhérences préalables limitant l'hémorrhagie existent ou que l'hémorrhagie soit très lente et se produise dans une cavité péritonéale où existent déjà plus ou moins d'adhérences (c'est ce qui arrive, le plus souvent, dans la grossesse tubaire). Dans l'hématome, l'hémorrhagie est arrêtée par la résis-

tance du tissu conjonctif qui double le péritoine. Le diagnostic de l'hémorrhagie libre dans la cavité péritonéale se fonde sur la constatation de symptômes généraux d'anémie, sans signes objectifs du côté du péritoine et en l'absence de toute autre cause d'hémorrhagie utérine. On ne peut percevoir un épanchement sanguin libre dans le péritoine, qu'il soit à l'état liquide ou qu'il soit coagulé. Il est généralement facile de distinguer l'hématocèle de l'hématome, l'expérience nous apprend que, dans les cas difficiles, c'est un diagnostic sans importance. Dans les 2 cas, il y a tumeur. Il semble que l'on soit généralement d'accord sur le traitement de l'hématome et de l'hématocèle. Dans le cas d'hémorrhagie libre dans le péritoine, sans signes objectifs et avec symptômes généraux graves, il faut ouvrir l'abdomen. Veit recommande d'opérer le bassin élevé, et pour avoir une hémostase absolument certaine, si le sang vient de la trompe, il conseille de lier celle-ci ainsi que les vaisseaux utéro-ovariens.

L. Tait dit qu'il est entièrement d'accord avec le Dr Veit sur la nécessité d'avoir une nomenclature, mieux définie, des diverses hémorrhagies qui se font dans le bassin. Le terme hématocèle lui semble convenir aux hémorrhagies intra-péritonéales, et l'hématome aux hémorrhagies qui se font dans l'épaisseur des ligaments larges. L'hémorrhagie intra-péritonéale commande la laparotomie immédiate et la ligature du point qui saigne, tandis que l'hémorrhagie intra-ligamentaire peut être abandonnée à elle-même dans le plus grand nombre de cas. Dans l'hématocèle, en effet, tous les hémostatiques ordinaires restent sans effet, tandis que dans l'hématome la coagulation est favorisée par des conditions anatomiques et l'hémorrhagie est dès lors facilement arrêtée. Dans l'hématocèle, il se forme fréquemment une tuméfaction arrondie au-dessus du détroit supérieur, avec saillie plus ou moins marquée dans le cul-de-sac vaginal. Dans l'hématome, la tuméfaction s'étend inférieurement jusque vers les parois osseuses du bassin constituant ainsi quelque chose d'analogue à la voûte de la crypte d'une église. R. L.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. Bouilly. **Opération de fibrome utérin.** — Il s'agit d'une femme de 42 ans, n'ayant jamais accouché, souffrant depuis six ans d'une

métrite avec fibrome volumineux, qui faisait saillie à la vulve et dont tous les mois le médecin réséquait une partie.

Cette malade, qui éprouvait des douleurs très violentes dues aux contractions utérines, était dans un état profond d'anémie.

Du côté de l'abdomen le fibrome remontait jusqu'à l'ombilic ; le vagin était rempli par une masse qui se continuait manifestement avec la tumeur abdominale ; l'hystéromètre passé sur les côtés du fibrome disparaissait dans la cavité utérine. Je ne pouvais songer au morcellement par la voie vaginale, opération bonne pour les fibromes de moyen volume, désastreuses pour les gros. J'abandonnai aussi l'idée de l'hystérectomie totale, parce qu'il me semblait impossible de constituer un pédicule. Je pensai à faire une opération analogue à l'opération césarienne.

La laparotomie médiane me conduisit sur l'utérus que je fis saillir au dehors, et refermai la cavité abdominale par des sutures et des compresses. Après avoir mis sur la partie inférieure un gros fil de caoutchouc pour le cas où il surviendrait une hémorrhagie, j'incisai l'utérus depuis le fond jusqu'au pubis ; un hystéromètre, introduit dans la cavité utérine, me servait de guide. J'arrivai ainsi sur le fibrome qui était libre sur une certaine étendue, j'incisai la muqueuse utérine, au point où elle recouvrait encore le fibrome, décollai la tumeur avec le doigt, et me disposai à l'extraire, quand elle fut libérée de tous côtés.

A ce moment, je m'aperçus que la tumeur, rétrécie au niveau du col, avait une forme de sablier et qu'il me serait impossible d'extraire par cette voie la portion vaginale. Je sectionnai la tumeur, retirai la partie utérine par l'incision abdominale, et morcelai par le vagin la partie vaginale ; je pus ainsi enlever complètement le fibrome.

L'utérus s'était fortement et rapidement rétracté : mon incision, qui avait environ 14 a 16 centimètres, n'en avait plus que 7 ou 8. Cette incision est fermée par 16 sutures à la soie, n'intéressant pas la muqueuse, puis par un ou 2 points superficiels, après m'être assuré que le liquide poussé par une injection ne sourdait plus par aucun point. L'utérus, gros comme un utérus normal, fut rentré dans la cavité abdominale. L'opération avait duré 40 minutes, et n'avait fourni qu'une très faible quantité de sang. Les suites de l'opération furent excellentes : la malade était guérie trois semaines après.

Cette opération a déjà été faite par Martin, de Berlin, puis par

M. Doléris, et par M. Terrier. Je ne la donne pas pour une opération courante, mais la crois très bonne dans certains cas.

M. MARCHAND, à propos de l'opération, analogue à une opération césarienne, pratiquée par M. Bouilly, a fait remarquer à la séance suivante (7 mai) que bien souvent il sera impossible d'en agir ainsi : 1° parce que l'utérus doit être très élevé pour pouvoir être attiré au dehors ; 2° parce que, plus souvent qu'on ne le pense, on ne peut mener à bien l'énucléation. Deux fois, sur le cadavre, il a vainement tenté l'énucléation : l'adhérence du myôme à la substance utérine était intime.

M. TERRILLON est d'un avis analogue. Hier, en particulier, il s'était proposé d'agir comme M. Bouilly, chez une femme de 48 ans qui souffrait gravement d'un fibrome remontant jusqu'à l'ombilic, Mais quand il voulut amener l'utérus au dehors et appliquer le lien de caoutchouc, il constata que les ligaments larges étalés s'y opposaient. Il sectionna donc les ligaments entre deux pinces, puis les lia et fit l'amputation supra-vaginale, avec traitement intra-péritonéal du pédicule, serré dans un lien élastique. C'est là une méthode sur laquelle il reviendra et qui lui a donné 8 0/0 de mortalité seulement.

M. TERRILLON. **Statistique d'ovariotomie** (1).

M. ROUTIER. **Hernie ischiatique de l'ovaire**, a lu à la séance du 21 mai un rapport d'un fait de hernie ischiatique de l'ovaire observé par M. Chénieux (de Limoges) sur une femme de 40 ans, porteuse d'une tumeur fessière pour laquelle le diagnostic hésitait entre un lipome et une hernie. L'opération fit voir qu'il s'agissait d'une hernie de l'ovaire, devenu kystique et accompagné de la trompe. La malade a guéri en 17 jours. Les faits de ce genre sont très rares ; on en trouve deux dans la thèse de Deneux (1813) ; Velpeau en cite deux autres.

M. TERRIER. **Des cystopexies pour cystocèle vaginale.** — Nous avons reçu trois travaux, de MM. de Vlaccos de Metelin (Turquie), Dumoret et Tuffier (de Paris), où est étudié la *cystopexie*, opération qui a pour but de suspendre la vessie à la paroi abdominale en cas de cystocèle vaginale et qui est, vous le voyez, comparable à l'hystéropexie pour prolapsus.

M. de Vlaccos a deux observations, toutes deux heureuses. Son

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, juillet 1890.

procédé consiste à faire une incision hypogastrique médiane longue de 6 cent, et aux lèvres de cette plaie, sans traverser la peau. Il fixe la vessie par des anses de catgut qui perforent de part en part la paroi vésicale antérieure. La plaie est réunie sans drainage. Les deux fois, il s'agissait de cystocèles simples. M. de Vlaccos se loue considérablement du résultat obtenu, et à son sens son opération, assez simple, est préférable aux procédés vaginaux classiques.

(Ici M. Terrier résume le travail de M. Tuffier et celui de M. Dumoret (1).

Ainsi, nous voilà en présence de deux méthodes : l'une intrapéritonéale (de Vlaccos, Dumoret), l'autre extra-péritonéale (Tuffier). Il est intéressant de constater que l'opération de M. Tuffier, la première de toutes, nous permet de suivre un succès pendant plusieurs mois : après une kystéropexie préalable, il est vrai.

Mes appréciations seront brèves, car mon expérience personnelle est nulle. Peut-être la cystopexie sera-t-elle parfois un complément utile de l'hystéropexie. Mais je crois qu'il faut se garder de conclure prématurément que les opérations vaginales classiques sont supplantées, et même jusqu'à nouvel ordre, c'est vers elle que je pencherais encore de préférence.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de gynécologie clinique et opératoire, par S. Pozzi. Paris, 1890.

Après avoir pendant longtemps tenu le premier rang, les gynécologistes français se sont, pendant quelques années laissés distancer par leurs voisins. Bien que les études gynécologiques eussent repris dans notre pays un essor considérable et fait l'objet de monographies nombreuses, nous ne possédions toujours comme livre didactique que le traité de Courty, excellent lors de son apparition, mais aujourd'hui bien vieilli. Nous en étions réduits à étudier les ouvrages étrangers, dont beaucoup avaient du reste été traduits (Hégar et Kaltenbach, Schröder, Hart et Barbour, Martin Hofmeier, Munde, etc.). Ces divers ouvrages possédaient des qua-

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, juillet 1890, p. 21 et 28.

ités nombreuses mais aucun, pris isolément, ne répondait aux désirs de l'étudiant et du praticien, qui veulent trouver, en un même volume, les divers renseignements pathologiques et techniques, dont ils peuvent avoir besoin. A ce titre, le traité que vient de publier M. Pozzi, remplit une véritable lacune et l'emporte de beaucoup sur ceux de ses devanciers. D'une lecture facile, il contient tous les documents que l'on peut souhaiter y trouver. Tout en étant complet, tout en donnant le résumé et l'indication exacte des travaux les plus importants publiés tant à l'étranger qu'en France, le livre de M. Pozzi reste un livre d'enseignement par la clarté de ses divers chapitres. On retrouve, dans cette œuvre magistrale, les qualités naturelles de son auteur : précision dans le détail avec conservation des grandes lignes. Nous ne pouvons faire de meilleur éloge d'un traité destiné à être classique et non pas seulement à exposer les idées personnelles de l'auteur que l'on trouve développées dans les divers mémoires qu'il a publiés. Un index alphabétique à la fin du volume permet au lecteur de faire facilement ses recherches. De nombreuses figures aident à saisir les divers procédés opératoires que l'on trouve complètement décrits dans cet ouvrage. (H. H.)

Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement employés en gynécologie, par le professeur SIMON DUPLAY. Paris, 1890.

Écrit pour le praticien et l'étudiant, le livre du professeur Duplay est essentiellement élémentaire. Le débutant y trouvera une foule de renseignements utiles sur le toucher, l'emploi des spéculums, les injections et pansements vaginaux, la dilatation utérine, etc. Essentiellement pratique ce manuel rendra certainement de grands services à ceux qui, tout en n'étant pas rompus aux traitements actuels, désirent cependant faire de la petite gynécologie.

Bactériologie chirurgicale, par N. SENN, traduite par A. BROCA. Paris, Steinheil, 1890.

Nous n'avons pas à faire ressortir l'intérêt qui peut s'attacher à la lecture d'un traité de bactériologie chirurgicale. Les immenses progrès, qui ont révolutionné la chirurgie depuis 15 ans, sont dus aux connaissances microbiennes ; chaque jour voit aujourd'hui paraître de nombreux travaux destinés à élucider des questions étiologiques. C'est à grouper ces travaux et à les exposer que

Senn a consacré son ouvrage. Il ne s'agit pas là d'un livre de technique microscopique. Senn est chirurgien ; son œuvre est celle d'un clinicien qui, s'appuyant sur les travaux de laboratoire, a cherché à écrire une pathologie générale chirurgicale dans le goût du jour et qui n'a pu le faire qu'en traitant de la bactériologie chirurgicale.

La transmission héréditaire des maladies microbiennes, l'existence de microbes pathogènes dans l'individu sain, leurs portes d'entrée, leurs localisations, leur élimination, leurs antagonismes constituent la première partie de l'ouvrage ; dans la deuxième, plus spéciale, Senn étudie l'inflammation, la suppuration, la pyohémie, l'érysipèle, la septicémie, la gangrène, le tétanos, la tuberculose, le charbon, la morve, la blennorrhagie, la syphilis, l'actinomycose ; il termine en rappelant ce qu'on a écrit sur l'origine microbienne des tumeurs.

La traduction de M. A. Broca est claire, nette, précise ; des additions en petit texte lui ont permis de résumer un bon nombre de travaux tout récents qui n'avaient pas trouvé place dans le texte anglais ; de plus, M. A. Broca a complété, corrigé, rectifié les indications bibliographiques souvent inexactes du chirurgien américain. C'est dire qu'il vaut mieux lire cette traduction que le texte original qui avait primitivement paru, il y a dix-huit mois environ, dans les *Transactions of the American surgical association*.

Manual of Gynecology, par HART et BARBOUR. 4e édit., Edinburg and London, 1890.

Nous n'avons pas à faire connaître à nos lecteurs le traité de gynécologie d'Hart et Barbour. Traduit autrefois en français, ce manuel a obtenu un succès mérité. La 4e édition, qui vient de paraître, a été revue dans ses diverses parties, les auteurs y ont fait quelques additions, entre autres un chapitre sur le massage et un sur la méthode d'Apostoli. On y trouve, classées par ordre alphabétique de matières, les indications bibliographiques d'un grand nombre de travaux parus depuis la publication de la troisième édition, soit dans les années 1886, 1887 et 1888.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'OVARIOTOMIE PENDANT LA GROSSESSE

Par le Dr **Otto Engström**, professeur agrégé à Helsingfors.

La présence d'une tumeur ovarique a toujours un caractère grave. Mais, si une femme enceinte en est atteinte, cette tumeur entraîne encore beaucoup plus de danger.

Il arrive, en effet, que les tumeurs ovariques et la grossesse peuvent coexister et se développer sans avoir d'influence fâcheuse l'une sur l'autre, surtout si les premières n'ont pas un développement excessif ou ne sont pas dans une situation défavorable. Les tumeurs de l'ovaire désignées ci-dessous peuvent s'arrêter dans leur croissance ou même diminuer. Cependant, on ne peut pas toujours compter sur cette chance ; ordinairement la croissance continue, parfois sensiblement plus vite que lorsqu'il n'y a pas de grossesse concomitante. Bien souvent de semblables tumeurs causent un accouchement prématuré ; c'était probablement le cas dans la première grossesse du premier des sujets que j'ai opérés. Le pronostic d'une semblable fausse couche paraît être bien pire que dans les cas ordinaires, peut-être par suite des difficultés qui peuvent s'opposer à un traitement rationnel, mais aussi pour d'autres raisons. En même temps que la matrice prend du développement, la tumeur ovarique peut occasionner de

graves accidents de compression. Le kyste, fortement comprimé peut, en outre, crever, répandre son contenu dans la cavité abdominale et, par conséquent, causer même quelquefois la mort. Par suite de la torsion de l'axe du pédicule, l'épanchement du sang peut être produit dans l'intérieur du kyste ou dans la cavité abdominale, une péritonite, ou la gangrène de la paroi du kyste avec ses conséquences, être amenée. Enfin une rapide dégénération maligne de la tumeur paraît quelquefois se produire sous l'influence de la grossesse.

Mais, même si tout se passe heureusement jusqu'au travail de l'accouchement, que ce dernier ait lieu à terme ou avant terme, toute crainte au sujet de la tumeur ovarique n'a cependant pas disparu. Si elle est située dans le détroit pelvien, elle peut offrir un obstacle insurmontable ou au moins grave à l'expulsion du fœtus. La malade peut mourir sans avoir été délivrée, une rupture de l'utérus ou du vagin pouvant survenir. La tumeur peut aussi s'aplatir et parfois crever. Ces circonstances, on le comprend facilement, et l'expérience le prouve, ne sont pas indifférentes pour la mère. Enfin, indépendamment de la place de la tumeur, la torsion du pédicule s'est parfois produite pendant l'accouchement. Il y a pourtant des cas où une tumeur ovarique n'a causé aucune perturbation remarquable pendant l'accouchement, ni même pendant aucun des accouchements suivants. Mais ces cas sont fort rares.

Même si l'accouchement a eu le dénouement le plus heureux, une tumeur ovarique peut pourtant agir de la manière la plus funeste sur les couches. Il n'est pas rare qu'il y ait d'abord une torsion du pédicule et un déchirement du kyste. Ou bien les suites d'un tel accident n'ont pas eu le temps de se manifester auparavant. Il peut en résulter une grave péritonite. On peut citer à cet effet le cas n° 2, traité par moi, que je rapporterai plus loin et qui sert d'excellent exemple : le kyste déjà existant, sans aucun doute, pendant la grossesse précédente, avait, pendant l'accouchement, éprouvé une tor-

sion du pédicule, et comme il y avait eu des adhérences pendant l'opération, il se produisit une forte inflammation du péritoine qui mit la vie de la malade dans le plus grand danger. Mais même s'il n'y a pas torsion du pédicule, une décomposition purulente et nécrotique de la tumeur paraît se produire pendant les couches et amener promptement la mort; les tumeurs dermoïdes surtout paraissent y être plus sujettes. Enfin une tumeur ovarique tombée dans le petit bassin peut comprimer le col de l'utérus et donner lieu à une rétention des lochies.

Le grand danger que court, pendant l'accouchement et pendant les suites de couches, une femme affligée d'une tumeur, ressort on ne peut plus clairement de l'examen des observations publiées à ce sujet. Ainsi *G. Jetter* (1) a constaté que sur 165 cas de tumeur ovarique compliquant 215 accouchements, le résultat était inconnu pour 11 et mortel pour 64 cas, ce qui indique une mortalité s'élevant à 49,53 0/0. *W. S. Playfair* (2) arrive à un résultat un peu meilleur avec un total de 57 accouchements (en partie les mêmes que cite Jetter) compliqués de tumeurs. Dans 23 cas l'issue fut mortelle, soit 40,35 0/0. Par conséquent dans tous les cas une grande mortalité à déplorer.

Passant à la question des enfants, *Jetter* arrive au résultat suivant : Sur 216 enfants 53 étaient morts et 81 vivants; pour 61 il n'y avait aucune donnée et dans 21 cas il y avait eu fausse couche. Ces chiffres montrent que, déduction faite des cas incertains, l'issue fatale pour l'enfant n'est pas moindre que 47,74 0/0.

La prompte extirpation d'une tumeur ovarique s'impose toujours dans les cas ordinaires. Mais, dans les cas de grossesse, différentes méthodes ont été conseillées et suivies :

(1) Gustaf Jetter. *Ueber den Einfluss der Eierstockgeschwulste auf Conception, Schwangerschaft, Geburt und Vochenbett.* In Diss. Tubingen, 1861.

(2) W. S. Playfair. On the treatment of labour, complicated by ovarian tumour. *Obstetrical Transactions of London*, vol. IX, p. 69.

provocation d'un avortement ou accouchement prématuré, ponction du kyste, extirpation radicale. Ces différents moyens ont été préconisés par plusieurs.

On doit cependant regarder comme un moyen peu rationnel la provocation d'un accouchement prématuré pour faire ensuite l'ovariotomie, dans le but d'éviter les inconvénients et les dangers d'une tumeur de l'ovaire. Car les dangers d'un accouchement en présence d'une semblable tumeur ne sont pas, comme on l'a déjà dit, si petits, et ne seront pas diminués pour l'avoir fait avec le secours de l'art. En outre, l'enfant est sacrifié dans la plupart des cas. Nous montrerons plus loin que l'on peut parfois être pourtant obligé de recourir à ce moyen.

Un traitement direct de la tumeur, une ponction de cette tumeur ou par-dessus tout l'ovariotomie, peuvent seuls pendant la grossesse être considérés comme efficaces.

La ponction n'est pourtant pas, contrairement à ce qui est généralement admis, une opération tout à fait exempte de dangers. Avant l'emploi des antiseptiques, une dégénérescence purulente ou sanieuse du contenu du kyste ponctionné n'était pas chose extraordinaire. Depuis qu'on a commencé à sentir la nécessité de parfaitement désinfecter ses instruments et qu'on a appris à le faire, cet accident est devenu plus rare. Mais les dangers d'une ponction ne se bornent pas à cela. Il se produit assez souvent, par le trou de ponction, un écoulement du contenu du kyste dans la cavité péritonéale. Dans la plupart des cas cet écoulement est sans importance, cela dépend seulement de la nature du contenu du kyste. Si ce dernier est purulent, les suites sont au moins douteuses. Dans d'autres cas, l'issue a été mortelle par suite d'une hémorrhagie causée par une lésion, pendant la ponction, d'un grand vaisseau de la paroi abdominale ou de la paroi du kyste. Enfin, dans des cas particuliers, les intestins ou la vessie ont été lésés.

Pendant la grossesse, encore, on a vu par expérience qu'il n'est pas toujours si facile de déterminer exactement le

volume du kyste. La détermination de la tumeur par le toucher peut devenir impossible par suite du grand développement du ventre. Il est arrivé aussi plus d'une fois que l'utérus a été ponctionné par erreur. Enfin l'évacuation du contenu du kyste ne paraît pas avoir toujours pu éloigner le danger d'un accouchement prématuré. Ce fait n'a pas été si rare après la ponction de la tumeur.

Bien qu'en réalité la ponction soit assez peu dangereuse, elle ne peut être utile que dans le cas d'un kyste uniloculaire à contenu liquide ou pour l'épuisement de la plus grande partie des poches d'un kyste multiloculaire. La tumeur subsiste pourtant après la ponction et une nouvelle ponction sera peut-être nécessaire avant la fin de la grossesse. Ce n'est que dans des cas exceptionnels que la ponction a été suivie d'une guérison radicale ; on en trouve quelques exemples dans les publications médicales. Ainsi *J. Pippinsköld* a vidé par la ponction, au commencement d'une grossesse, un kyste qui, plusieurs années après, ne s'était pas encore rempli. Mais même dans le cas où le kyste ne se serait pas rempli après quelques années, on ne peut pourtant pas être certain qu'il ne se remplira plus. En tout cas, les exemples connus de guérison durable ou radicale ne sont pas non plus nombreux, et ils ont dû tous se rapporter à des kystes uniloculaires parovariens.

Dans ces derniers temps, on paraît s'être assez généralement abstenu de la ponction comme moyen de guérison d'un kyste soit ovarique, soit parovarien, même en cas de grossesse concomitante. Ce n'est que dans certains cas qu'on peut être obligé d'y recourir.

Par contre, l'extirpation du kyste, même pendant la grossesse, est devenue un procédé de plus en plus non seulement autorisé, mais même recommandé. Les raisons sur lesquelles on s'appuie n'ont plus à être discutées.

On s'est bien demandé si une ovariotomie pratiquée sur une femme enceinte serait plus dangereuse que sur une autre.

L'expérience a prouvé que le danger n'est pas plus grand,

comme je vais essayer de le montrer. De plus, on a beaucoup craint que l'opération ne provoquât l'accouchement. Mais, même les craintes à cet égard se sont montrées superflues, si l'on pense du moins qu'une tumeur ovarique peut déjà le provoquer par elle-même.

Le nombre des ovariotomies pratiquées pendant la grossesse n'est pas très considérable, mais il paraît aller en croissant. Ainsi, en 1877, *R. Olshausen* (1) ne pouvait en réunir que 14 cas; mais dans la dernière édition de son grand ouvrage sur les maladies des ovaires, en 1886, ce chiffre s'était élevé à 82 cas, répartis entre 44 opérateurs. Il n'y a que des opérateurs particuliers qui aient fait cette opération pendant la grossesse une ou plusieurs fois. Parmi eux nous citerons *Olshausen* (2) qui en a fait 8 ; *T. Spencer Wells* (3) 10 ; *Lawson Tait* (4) 11, et *Schroeder* (5) 12. De nouveaux cas sont certainement venus s'y ajouter.

J'ai fait moi-même l'opération 7 fois pendant la grossesse. Je vais rapporter sommairement ces 7 cas. Les quatre premiers et le septième appartiennent à ma clientèle privée; le cinquième et le sixième ont été traités par moi à l'époque où j'étais directeur de la section de gynécologie à l'hôpital public de Helsingfors.

(A suivre.)

---

(1) R. Olshausen. Die Krankheiten der Ovarien. Stuttgart, 1877, p. 108. *Billroth's Handb. d. Frauenkrankheiten.* Bd II, et Krankheiten der Ovarien *Pitha-Billroth. Handb. d. Frauenkrankheiten.* 2 Aufl. Bd 2, p. 399.

(2) *Loc. cit.*, p. 399.

(3) Spencer Wells. *Ovarian and uterine Tumour.* London, 1887.

(4) Lawson Tait. *The pathology and Treatment of diseases of the Ovaries,* 4e éd. Birmingham, 1883.

(5) Carl Schroeder. Die Laparotomie in die Schwangerschaft. *Zeitsch f. Geburtshülfe u. Gynækologie.* Bd V.

SUR LE TRAITEMENT DU PÉDICULE DANS L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE PAR LA LIGATURE ÉLASTIQUE PERDUE

Par **L.-G. Richelot**

Professeur agrégé à la Faculté. Chirurgien de l'hôpital Tenon.

Le traitement des fibromes utérins a subi, dans ces dernières années, de nombreuses vicissitudes, et nos idées sur ce point sont en pleine évolution.

L'électricité est un bon palliatif, mais qui, malgré l'enthousiasme de ses défenseurs, ne peut suffire à tous les cas. La castration ovarienne a des indications nombreuses ; elle est efficace, et, souvent — pas toujours — d'une grande simplicité. Il faut naturellement la choisir, mais à cette double condition que certaines dispositions anatomiques des fibromes ne la rendent pas illusoire, et qu'on ne soit pas guidé par la peur de l'hystérectomie, dont le pronostic est, à l'heure où nous sommes, très heureusement amélioré.

Celle-ci, en effet, n'est plus un épouvantail, et sa gravité ne dépasse pas sensiblement celle de l'ovariotomie. Voilà une proposition qui peut sembler, encore aujourd'hui, paradoxale ; pour moi, elle exprime la vérité, et j'espère contribuer à en faire la démonstration.

L'opération est cependant plus laborieuse ; les premiers temps, l'extraction de la masse hors de l'abdomen, sont assez difficiles, et peuvent l'être sérieusement. Sans doute, il y a des kystes de l'ovaire adhérents et dangereux ; mais il y en a aussi d'une simplicité parfaite, et c'est un type qui n'existe pas dans l'hystérectomie. Voilà tout, un peu plus de travail et de dextérité. Mais par où différaient essentiellement les deux opérations ? Qui faisait l'hystérectomie plus grave d'une façon générale, en dehors des complications ? Le traitement du pédicule, question résolue depuis long-

temps pour l'une, toujours douteuse et controversée pour l'autre.

Jusqu'ici, malgré le désir que nous avions d'arriver à traiter le pédicule utérin comme celui de l'ovaire et à l'abandonner pour fermer le ventre, le procédé de Schrœder et ses dérivés n'offraient pas une sécurité suffisante, et presque toujours nous fixions le pédicule à l'extérieur. Aujourd'hui, au contraire, je suis partisan résolu de la méthode intra-péritonéale, grâce au procédé de la *ligature élastique perdue.*

C'est la méthode de Kleeberg, employée çà et là par divers opérateurs, mais sur laquelle l'opinion générale est encore loin d'être fixée. Je l'ai mise en pratique, pour ma part, depuis deux ans ; mon collègue Terrillon en avait déjà obtenu de bons résultats ; tout récemment, M. Hector Treub (de Leyden) a lu à la Société gynécologique de Paris un mémoire qui vient à l'appui de nos idées. La description que je donnerai diffère de la sienne par des nuances d'importance secondaire.

La ligature élastique se fait avec un cordon plein ou un tube, tel qu'une sonde uréthrale en caoutchouc rouge. Le premier, paraît-il, a moins de résistance, parce qu'il n'est pas toujours vulcanisé jusqu'au centre.

L'utérus muni de ses fibromes étant sorti de la plaie, on jette le lien élastique autour du segment inférieur, au-dessous des ovaires, en prenant le bord supérieur du ligament large ; on l'étire fortement, on croise les deux chefs en avant, on les fixe au moyen d'un clamp. L'hémostase étant assurée, c'est le moment d'enlever la masse fibreuse par quelques coups de bistouri ; j'ai l'habitude de couper d'abord à une certaine distance de la ligature pour me débarrasser rapidement de la tumeur, puis, le moignon étant saisi avec des pinces-érignes, je le façonne tout à mon aise. La ligature est serrée davantage s'il le faut, les chefs sont unis solidement par un fil de soie, le clamp est enlevé. J'excise les dernières portions de fibromes qui généralement n'envahissent pas le segment inférieur ; de telle sorte que la section défini-

tive, pratiquée à une petite distance du lien élastique, montre le tissu du col et au centre la muqueuse utérine.

On a dit que ce traitement ne pouvait convenir qu'aux pédicules minces. Mais si, par hasard, le fibrome descend jusque dans le segment inférieur, il me semble qu'on peut toujours l'énucléer, pour évider le pédicule et l'amincir. J'ai toujours pu jusqu'à présent réduire le volume du moignon et obtenir, en fin de compte, une section de petit diamètre ; une seule fois, il avait 6 centimètres dans tous les sens.

Un point essentiel, c'est de ne pas saisir la vessie avec le lien élastique, car elle adhère au segment inférieur et monte avec l'utérus quand on l'attire au dehors. Une sonde, introduite par le méat, permet de reconnaître sa limite supérieure. Le lien peut être placé tout près d'elle sans la gêner ; s'il tend à glisser sur elle, on peut la décoller en incisant un peu le revêtement péritonéal, ce qui n'a pas d'inconvénient.

Une fois, j'ai vu le bord supérieur du ligament large s'échapper de dessous la ligature, et la section des vaisseaux ovariens donner du sang ; aussi ai-je coutume de passer à droite et à gauche, à travers le pédicule, un fil de soie plate qui pénètre obliquement sous la ligature pour sortir au-dessus et fixer le bord supérieur du ligament large. D'autres coupent ce ligament et le serrent dans un fil avant de placer le cordon élastique.

La surface de section exige un traitement particulier. Il faut détruire le bout de muqueuse utérine qui dépasse la ligature, et dont la sécrétion pourrait infecter le péritoine ; il suffit d'y plonger deux ou trois fois la pointe du thermocautère. Dans un cas, n'ayant pas l'instrument sous la main, j'ai enlevé la muqueuse au bistouri et touché la place avec la solution phéniquée forte ; une autre fois, j'ai enlevé à la curette et au bistouri une couche de fibrome ramolli qui occupait le centre du moignon. Ensuite, je passe le couteau rougi sur la tranche utérine ; je ne crois pas utile de la saupoudrer d'iodoforme.

Abandonné à lui-même, le pédicule retombe dans la cavité

pelvienne. Reste à faire la toilette du péritoine, et, comme dernière précaution, à disposer l'intestin de manière qu'une anse ne soit pas prise et comprimée derrière le moignon. Après avoir étalé l'épiploon, je l'amène jusque sur la tranche utérine, qu'il sépare de la masse intestinale.

Que devient la ligature élastique perdue ? Ordinairement elle s'enkyste ; elle s'élimine quelquefois *par le museau de tanche*. Une de mes malades l'a rendue après un an, une autre au bout de 5 mois. Cela tient sans doute à ce qu'elle coupe entièrement la paroi utérine ; tandis que des adhérences se font à l'extérieur et limitent le foyer, elle se trouve libre dans la cavité cervicale qui n'est pas aseptique, et sort en fin de compte avec la suppuration.

Je ferai maintenant une revue rapide des observations que j'ai recueillies depuis deux ans, soit à l'hôpital Tenon, soit en ville. Et d'abord, une série de 13 cas heureux. Dans les trois premiers, il n'est pas question de ligature élastique perdue ; si j'en parle néanmoins, c'est qu'il est utile de les comparer aux autres.

Chez les deux premières malades, j'ai fixé le pédicule à la paroi abdominale avec des broches, comme j'en avais antérieurement l'habitude. Toutes deux ont eu de la fièvre ; l'une a éliminé lentement son pédicule, l'autre a eu un sphacèle rapide avec suppuration abondante et accidents assez graves pendant quelques jours. Chez la troisième, fibrome volumineux inclus dans un ligament large, opération laborieuse, pédicule utérin lié avec trois fils de soie et fixé à la lèvre gauche de la plaie abdominale ; en somme, ligature perdue et traitement intrapéritonéal. Les fils de soie pouvaient convenir ici, parce que j'avais un pédicule très mince ; encore n'osai-je pas l'abandonner complètement. Mais le premier pas était fait ; à dater de ce jour, j'ai adopté franchement la méthode intrapéritonéale.

Dans les 10 faits suivants, j'arrive bientôt, après quelques tâtonnements, à un manuel opératoire entièrement conforme à la description générale que j'ai donnée plus haut. Les cas

varient, plusieurs sont laborieux, trois au moins présentent les plus grandes difficultés de la chirurgie abdominale : adhérences étendues à l'intestin grêle, trompes énormes, enclavement et adhérences dans le petit bassin Une malade a un gros kyste intra-ligamenteux, collé à l'utérus. Chez une autre, un kyste ovarique anciennement rompu adhère si bien par toute sa surface, non seulement à l'utérus, mais à l'intestin et aux profondeurs pelviennes, que j'hésite un instant à poursuivre l'énucléation ; pour un cas de ce genre, il y a quelques années, nous aurions fait certainement « l'ovariotomie incomplète ». Et cependant, chez toutes ces malades, un fait m'a frappé : c'est la facilité de la guérison. Elles n'ont pas semblé courir de véritables dangers, elles ont esquivé les longueurs et les ennuis de l'élimination du pédicule, de la suppuration, du cratère que forme la cicatrice; leur situation s'est dénouée plus vite qu'après l'application de la méthode extrapéritonéale. Enkystée ou éliminée après quelques mois, la ligature élastique ne crée pas de nouveaux périls ; elle tient solidement, elle est d'une efficacité absolue contre l'hémorrhagie, elle est à la fois le plus simple et le plus sûr des traitements intrapéritonéaux.

Étudions maintenant trois cas de mort qui viennent faire ombre au tableau, mais dont l'analyse confirme, plutôt qu'elle ne l'affaiblit, la conclusion précédente. Il serait d'une parfaite injustice de considérer les 16 faits que j'ai recueillis depuis deux ans comme une statistique dans laquelle l'emploi d'une certaine méthode m'a donné 3 échecs.

Je trouve d'abord que le premier n'a pas les caractères d'un insuccès opératoire. La malade portait un énorme kyste ovarique multiloculaire, un utérus bourré de fibromes et gros comme une tête d'adulte, le tout pesant vingt kilogrammes. Opérée dans un état de cachexie profonde qui donnait tout à craindre, elle a bien été pendant deux semaines, puis, sans fièvre, sans nul accident lié directement à l'intervention, elle a continué de s'affaiblir, de ne pouvoir s'alimenter, et finalement a succombé le quarantième jour, quand la période

chirurgicale, pour ainsi dire, était passée. Il faut bien nous attendre à faire des opérations qui ne réussissent pas, quand nous intervenons trop tard chez des femmes épuisées. Il s'agit, en ce moment, de comparer la gravité de l'hystérectomie à celle d'une opération dont personne ne conteste la valeur, l'ovariotomie. Or, dans les conditions où cette malade se trouvait, l'ablation d'un kyste ovarien n'offre pas de meilleures chances que celle d'un fibrome. La malade avait, d'ailleurs, l'un et l'autre.

Dans le second cas, après une opération très difficile, tout marche bien pendant trois jours, puis la malade succombe, le cinquième jour, à une occlusion intestinale, sans douleur vive et sans fièvre. On trouve un léger degré de péritonite adhésive, localisée à la fin de l'intestin grêle ; par malheur, une anse agglutinée aux autres est coudée brusquement ; au-dessus, l'intestin est distendu par les matières et les gaz, au-dessous il est vide et rétracté. Je me suis repenti de n'avoir pas fait une laparotomie secondaire. Il s'agit là d'un accident rare, mais il peut survenir après toute opération laborieuse ; il ne faut donc mettre en cause ni l'hystérectomie ni le traitement du pédicule. Celui-ci, pas plus que dans l'observation précédente, n'a suscité le moindre danger.

Dans le troisième cas, fibrome volumineux, douleurs excessives liées à des complications anatomiques de toutes sortes, hypertrophie des annexes, adhérences pelviennes et intestinales. La malade avait maigri et perdu de ses forces depuis trois ans, et déjà, à cette époque, un chirurgien de Paris n'avait pas osé l'opérer. Néanmoins, il n'y avait pas de contre-indication positive, l'opération a très bien marché, et il a fallu, pour me faire manquer le but, une congestion pulmonaire expliquée, jusqu'à un certain point, par les antécédents. Là encore, j'ai joué de malheur.

En résumé, j'ai fait trois opérations graves, parce qu'il y aura toujours, en chirurgie abdominale, des opérations graves. Il y aura toujours des malades qui nous consulteront tardivement, des dispositions anatomiques imprévues, des

systèmes nerveux frappés de déchéance. Les chirurgiens les plus heureux ne sont pas toujours ceux qui esquivent les responsabilités, mais les statistiques vierges sont celles dont le hasard ou une volonté prévoyante a éloigné les cas trop dangereux.

Ce qui importe, en examinant mes 13 cas heureux, c'est de constater la bonne tenue du pédicule, la sécurité que donne la ligature élastique perdue, la facilité de la guérison. Ce qui importe, en examinant les 3 échecs, c'est de reconnaître que l'insuccès tient à des circonstances d'ordre général, et non pas à une gravité particulière de l'hystérectomie ou de la méthode suivie dans le traitement du pédicule. Cette analyse étant faite, je ne suis pas loin d'avoir démontré ce que j'avançais tout d'abord, à savoir que le pronostic de l'hystérectomie abdominale — sauf un peu plus de labeur, et par suite quelques aléas — ne diffère pas sensiblement du pronostic de l'ovariotomie.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA TOXICITÉ DE L'URINE PENDANT LA GROSSESSE

Par MM. les Drs **Laulanié**, directeur de l'École vétérinaire de Toulouse, et **Chambrelent**, chargé du cours de clinique obstétricale à l'École de médecine de Toulouse (1).

Depuis les travaux du professeur Bouchard sur la toxicité de l'urine dans l'état physiologique et sa variation de toxicité dans les divers états pathologiques, la pathogénie des accidents dits urémiques a été éclairée d'un jour nouveau. Les accoucheurs eux-mêmes n'ont pas tardé à appliquer ces données à la pathogénie d'une affection qu'ils observent souvent, l'Éclampsie, mais aucun d'eux, du moins à notre connaissance, n'a cherché à se rendre compte *expérimentalement* de l'influence que pouvait avoir la grossesse sur le degré de toxicité de l'urine. On comprend cependant l'importance que peut avoir cette donnée, puisque le rein est le principal

(1) Voir *Bull. Acad. méd.*, séance du 8 juillet 1890.

émonctoire de l'organisme et que, selon que son fonctionnement sera plus ou moins imparfait, il y aura accumulation plus ou moins considérable de matériaux toxiques dans l'organisme, et par conséquent menace plus ou moins immédiate d'accidents d'intoxication.

La fréquence des accidents éclamptiques dans l'état puerpéral permettait bien de supposer à priori qu'il devait y avoir accumulation de matières toxiques dans l'organisme de la femme enceinte; mais cette accumulation pouvait être due soit à leur formation plus abondante par le fait même de la grossesse, soit à leur défaut d'élimination.

Il était donc important d'être fixé à ce sujet sur le rôle joué pendant la grossesse par l'émonctoire principal, le rein.

C'est dans le but d'élucider cette question, que nous avons entrepris à la clinique obstétricale de l'École de médecine de Toulouse et au laboratoire de physiologie de l'École vétérinaire de la même ville, une série d'expériences destinées à fixer le degré de toxicité de l'urine pendant les derniers mois de la grossesse

Avant de rapporter en détail ces expériences et les conclusions que nous avons cru devoir en tirer, nous devons rappeler les résultats obtenus par le professeur Bouchard, au sujet de la toxicité de l'urine dans l'état physiologique.

Les faits avancés par ce maître ont été tellement bien étudiés que nous n'avons pas cru devoir les contrôler, et que nous les avons immédiatement admis comme point de repère de nos expériences.

La toxicité *moyenne* de l'urine des 24 heures dans l'état physiologique est, d'après M. Bouchard, de 45 *centim. cubes par kilogramme d'animal*, c'est-à-dire qu'il faut en moyenne injecter à un lapin 45 centim. cubes d'urine d'un sujet sain, par kilogramme d'animal pour amener la mort de ce lapin.

Cependant, même dans l'état purement physiologique, il existe des écarts assez marqués suivant les sujets pour que

Bouchard ait cru devoir admettre 30 *centim. cubes* comme limite inférieure et 60 *centim. cubes* comme limite supérieure de la quantité d'urine nécessaire pour tuer un kilogramme d'animal.

Le manuel opératoire que nous avons suivi dans nos expériences, est le même que celui indiqué par Bouchard : Injection de l'urine en nature par la veine auriculaire de l'animal, en ayant soin de prélever l'échantillon d'urine injectée sur la totalité des urines des 24 heures, la toxicité pouvant varier suivant l'état de veille ou de sommeil du sujet.

Le moindre état pathologique pouvant faire varier le degré de toxicité de l'urine, nous avons eu soin de n'expérimenter que sur l'urine de femmes enceintes dont la grossesse avait paru absolument physiologique, et qui ne présentaient, au moment où nous avons expérimenté sur leur urine, aucun état pathologique compliquant la grossesse.

Enfin, sauf l'une de nos expériences (Exp. n° 3) où l'on avait constaté quelques jours auparavant la présence d'une certaine quantité d'albumine dans l'urine, nous avons toujours employé de l'urine n'offrant que des caractères chimiques normaux.

Les difficultés d'expérimentation, résultant justement de la quantité souvent considérable d'urine que nous étions obligés d'injecter pour arriver à produire l'intoxication, ne nous ont permis de faire qu'un nombre relativement restreint d'expériences complètes. Toutefois le sens des résultats que nous ont donnés ces expériences est tellement constant que nous n'avons pas cru devoir attendre plus longtemps pour en publier le résultat.

EXPÉRIENCES

Exp. I (30 mai 1890). — On injecte à un lapin pesant 1800 grammes, par la veine de l'oreille, l'urine d'une femme arrivée au terme d'une grossesse absolument physiologique.

L'injection de 5 cent. cubes de cette urine détermine un commencement de myosis.

30 cent. cubes déterminent l'augmentation du myosis, sans autres phénomènes.

On peut aller ainsi jusqu'à 100 cent. cubes, moment auquel on arrête l'expérience. L'animal présente à ce moment seulement un peu de parésie, et se remet au bout de quelques instants.

Cette première expérience nous montre donc qu'on a pu injecter, sans produire de phénomènes toxiques très marqués, 100 centim. cubes d'urine d'une femme enceinte à un lapin de 1800 grammes, soit 55 *centim. cubes* 1/2 *pour un kilogramme d'animal.*

En comparant ce résultat à ceux obtenus par Bouchard pour l'urine normale, on trouve que la toxicité de cette urine est moindre que la moyenne de 45 centim. cubes adoptée par cet auteur, mais rentre cependant dans les limites extrêmes de 30 centim. cubes et 60 centim. cubes qu'il a fixées.

En un mot l'urine dont nous nous sommes servis paraissait peu toxique, mais sans cependant qu'il soit démontré que sa toxicité sortît des limites extrêmes de la toxicité de l'urine normale.

Exp. II (1er juin 1890). — On injecte à un lapin pesant 2 kilogr., par la veine de l'oreille, l'urine d'une femme arrivée au huitième mois de sa grossesse. Cette grossesse était absolument physiologique. La quantité d'urine rendue par cette femme en 24 heures s'était élevée à 1575 grammes.

Après l'injection de 45 cent. cubes on constate une légère contraction pupillaire.

Après l'injection de 120 cent. cubes, le myosis est devenu punctiforme, mais on ne constate encore aucun autre phénomène d'intoxication.

Après l'injection de 150 cent. cubes, léger degré de parésie.

On peut ainsi arriver à injecter 250 *cent. cubes* d'urine sans tuer l'animal. A ce moment on arrête l'expérience qui ne peut plus rien prouver puisqu'à cette dose énorme l'eau pure elle-même est toxique (Bouchard).

Cette expérience nous paraît des plus intéressantes ; elle

prouve, en effet, qu'il y avait chez la femme qui en fait le sujet, et sous la seule influence de l'état de gravidité, une rétention presque absolue des matières toxiques dans l'organisme, puisque son urine n'était pas toxique à $\frac{250}{2}$ = 125 *centim. cubes par kilog. d'animal*, c'est-à-dire moins toxique que l'eau ordinaire qui tue à 122 centim. cubes (Bouchard).

Exp. III (7 juin 1890). — On injecte, dans la veine auriculaire d'un lapin pesant 1500 grammes, l'urine d'une femme enceinte arrivée à 8 mois 1/2 de grossesse. La quantité d'urine émise par cette femme en 24 heures était de 1780 grammes. Ces urines contenaient quelques jours auparavant une certaine quantité d'albumine, mais, la femme ayant été soumise au régime lacté, l'albumine avait presque totalement disparu au moment de l'expérience.

On peut arriver à injecter à ce lapin 225 cent. cubes de cette urine, et c'est seulement à cette dose que l'animal succombe. Étant donné que son poids était de 1500 grammes, on voit que cette urine n'était toxique qu'à la dose de : $\frac{225}{1,5}$ = 150 *cent. cubes par kilogr. d'animal*. C'est encore, comme on le voit, sensiblement inférieur à la toxicité de l'eau qui est de 122 cent. cubes.

On peut donc encore dire que la toxicité de cette urine était à peu près nulle. On peut il est vrai, dans cette expérience, invoquer que cette femme était soumise au régime lacté depuis quelques jours et que, par conséquent, la fabrication de matières toxiques devait être moindre. Mais nous ne croyons pas que le régime lacté seul puisse expliquer cette diminution si marquée de la toxicité et nous pensons qu'une large part en revient à la grossesse, dont l'influence sur l'appareil rénal avait du reste été assez manifeste pour amener à un moment donné, l'apparition de l'albumine dans l'urine.

Exp. IV (10 juin 1890). — Injection dans la veine de l'oreille d'un lapin, pesant 1800 grammes, de l'urine d'une femme arrivée au terme de sa grossesse. La grossesse était absolument physiolo-

gique. Les urines ne présentaient à l'examen aucun caractère spécial.

Après injection de 30 centim. cubes on constate l'apparition du myosis. Après injection de 80 centim. cubes la pupille est devenue absolument punctiforme, mais on ne constate encore aucun phénomène général.

On continue ainsi l'injection jusqu'à la dose de 180 centim. cubes. A ce moment on est obligé d'arrêter l'expérience, la veine par laquelle se faisait l'injection s'étant rompue. L'animal ne présentait aucun phénomène d'intoxication sauf la contracture pupillaire. La quantité d'urine injectée avait été de $\frac{180}{1,8} = 100$ *centim. cubes par kilogr. d'animal.*

Le degré de toxicité de cette urine était donc bien inférieur à celui de l'urine normale, puisqu'à cette dose de 100 centim. cubes, elle n'avait pas encore provoqué l'empoisonnement.

Exp. V (10 juin 1890). — On injecte à un lapin, pesant 2700 gr., l'urine d'une femme enceinte arrivée au terme de sa grossesse. La quantité d'urine rendue par cette femme en 24 heures était de 1885 grammes. La grossesse était absolument physiologique et les urines paraissaient normales.

Après injection de 30 cent. cubes commencement, de myosis.

A 50 cent. cubes, myosis punctiforme.

A 120 cent. cubes, exorbitisme.

A 161 cent. cubes l'animal présente des convulsions suivies de paralysie et bientôt après de la mort.

Dans cette expérience il a donc fallu $\frac{161}{2,7} = 69$ *cent. cubes* d'urine pour amener la mort.

La toxicité de cette urine se rapprochait, comme on le voit, de la toxicité normale comprise entre 30 cent. cubes et 60 cent. cubes par kilogr. d'animal, mais atteignait seulement le degré extrême de la faible toxicité dans l'état physiologique.

Exp. VI (14 juin 1890). — Injection dans la veine de l'oreille d'un lapin, pesant 2 kilogr., de l'urine d'une femme arrivée au terme

de sa grossesse. La grossesse n'a présenté aucun phénomène particulier, si ce n'est de la diarrhée pendant les premiers mois. Les urines sont normales. La quantité émise pendant 24 heures s'est élevée à 1410 gr.

Après injection de 30 cent. cubes on constate du myosis.

Après 60 cent. cubes le myosis est devenu punctiforme.

Après 90 cent. cubes, exorbitisme.

Après 120 cent. cubes pas de phénomènes généraux, la respiration est seulement devenue bruyante.

Après 150 cent. cubes, l'animal a une convulsion.

Après 190 cent. cubes, état tétanique et mort de l'animal.

Son poids étant de 2 kilogrammes il a donc fallu injecter, $\frac{190}{2} = 95$ *cent. cubes* de cette urine *par kilog. d'animal* pour amener la mort. C'est donc encore là une urine dont le degré de toxicité s'éloigne très manifestement de la toxicité normale.

CONCLUSIONS

En résumé, nous avons pu expérimenter six fois la toxicité de l'urine des femmes dans les derniers mois de la grossesse et nos expériences nous ont constamment indiqué un degré de toxicité inférieur au degré moyen de toxicité de l'urine tel qu'il a été fixé par Bouchard (45 cent. cubes par kilogr. d'animal).

Deux fois seulement le degré de toxicité est rentré dans les limites extrêmes admises par cet auteur pour l'état physiologique (30 cent. cubes et 60 cent. cubes).

Encore, dans nos expériences, le degré de toxicité se rapprochait-il absolument de la limite extrême de la faible toxicité (Exp. I, 55 cent. cubes) (Exp. II, 59 cent. cubes).

Enfin, dans les quatre autres expériences, toujours le degré de toxicité que nous avons trouvé était *inférieur* à la limite extrême de l'état physiologique. Et dans deux cas ce degré de toxicité était tellement faible (Exp. II, 125 cent. cubes, Exp. III, 150 cent. cubes) qu'il était inférieur à celui de l'eau pure.

Nous croyons donc, en attendant de pouvoir multiplier et

varier nos expériences, pouvoir déjà avancer que *sous l'influence de la grossesse le degré de toxicité de l'urine est manifestement diminué*, et, comme conséquence, *que l'organisme de la femme enceinte à la fin de la grossesse doit être plus ou moins saturé de matières toxiques.*

DE LA TOXICITÉ URINAIRE CHEZ LA FEMME ENCEINTE ET CHEZ LA FEMME RÉCEMMENT ACCOUCHÉE

Par le Dr **Émile Blanc**, ancien chef de clinique obstétricale à la faculté de médecine de Lyon.

Il est intéressant de savoir comment se comporte la femme enceinte au point de vue de la toxicité de ses urines, et de rechercher le genre d'influence exercé par la grossesse sur cette toxicité. En effet, à l'attention que suscite la vérité scientifique pure, se rattache une question obstétricale non résolue encore, nous voulons parler de la pathogénie de l'éclampsie.

Dans un travail de 1889, Rivière (de Bordeaux), guidé sur les idées et expériences de Bouchard, a développé une théorie de l'éclampsie, qui fait dépendre la production des accidents qui surviennent en pareil cas, d'une auto-intoxication de la femme enceinte. Cette intoxication serait due soit à une formation de matières toxiques plus grande dans la grossesse qu'à l'état normal, soit peut-être à ce fait que l'élimination de ces mêmes matières est rendue plus difficile par les modifications qu'imprime la gravidité aux différents organes, et particulièrement au foie et aux reins.

A l'effet de contrôler la première hypothèse, c'est-à-dire la *formation* d'une plus grande quantité de substances toxiques (formation qui, à l'état normal, suppose évidemment une *élimination* proportionnelle *par les divers émonctoires* et surtout par les reins), nous avons pratiqué, sur les instigations de notre maitre, M. le professeur Fochier, des

injections intra-veineuses chez le lapin, avec de l'urine recueillie *aux derniers mois de la grossesse.*

Dans le but d'obtenir un écoulement de liquide régulier, et dans celui aussi d'éviter toute modification brusque de la pression sanguine, nous nous sommes servi d'un appareil un peu spécial, consistant en une tige graduée par cent. cubes, identique à celle qui sert à doser l'urée avec l'hypobromite de soude, et en un tube de caoutchouc reliant la tige à une canule de Pravaz de volume suffisant. L'appareil, bien expurgé d'air, était disposé de façon à donner une pression de 50 c.c. Nous obtenions ainsi un écoulement d'urine que nous pouvions régler à volonté, et qui était en moyenne de 45 à 50 c.c. par 5 minutes. Le choix de la veine saphène que recommande Favelier (thèse de Lyon, 1887. *Toxicité des urines chez les enfants*), nous a paru beaucoup moins avantageux et beaucoup moins commode, que le procédé ordinaire de la veine marginale de l'oreille.

Ajoutons que nous n'avons utilisé que des urines normales, non albuminuriques, neutralisées avec une solution de soude de densité connue, et que nous chauffions à 36° ou 37°.

Nous avons pratiqué avec de l'urine provenant *de femmes arrivées aux deux derniers mois de la grossesse*, 15 expériences, dont deux sont à rejeter, soit parce que le liquide était passé en partie dans le tissu cellulaire de la base de l'oreille, soit parce que l'animal avait subi auparavant une inoculation microbienne. Restent donc 13 expériences régulièrement conduites, pour lesquelles nous avons utilisé une quantité d'urine variant de 100 c.c. à 350 c.c. Nous avons obtenu de cette façon une *toxicité moyenne de* 76 *c. c. par kil. d'animal.*

Cette toxicité, relativement faible, peu différente de la moyenne donnée par Favelier chez les enfants (70 c.c.), s'explique par certaines conditions d'expérimentation (injection sous pression faible et régulière), et surtout par la manière de vivre des femmes enceintes, gardées dans une clinique

obstétricale jusqu'au moment de l'accouchement. Leur travail musculaire est à peu près nul, leur régime sobre, leur souci du lendemain très limité, etc... Aussi n'est-il pas étonnant que chez elles, la production des matières toxiques soit réduite au minimum.

Cependant, l'écart entre cette moyenne et la moyenne donnée par Bouchard à l'état normal, est assez grand (76 c.c. au lieu de 45 c.c.; coefficient urotoxique 0,25 au lieu de 0,4) pour qu'on soit autorisé à conclure : *que la femme enceinte, dans les conditions ordinaires de la santé, ne fait pas et n'élimine pas plus de matières toxiques que tout autre sujet.*

Nous avons recherché en outre, *la toxicité urinaire des femmes récemment accouchées* (dans les cinq premiers jours qui suivent la parturition), et pour cela effectué 9 expériences, dont une est à éliminer par suite de certaines irrégularités d'expérimentation. La quantité d'urine injectée à chaque animal, a varié de 50 à 312 c.c. Nous avons obtenu ainsi une moyenne de 50 *c.c. par kil. d'animal.* Mais ce chiffre n'est pas l'expression exacte de la vérité, car, après l'accouchement, il y a une polyurie physiologique qui élève facilement la quantité d'urines rendue en 24 h. à 2,000 grammes. De ce chef le chiffre moyen de la toxicité doit être élevé à 42 c.c., soit comme coefficient urotoxique 0,46, c'est-à-dire un peu au delà du chiffre normal. Il devient presque le double de ce qu'il était durant la grossesse.

On pourrait interpréter cet accroissement de la toxicité urinaire dans les premiers jours des couches, par une élimination incomplète des matières excrémentitielles chez la femme gravide. Mais, nous l'avons dit, nous ne nous sommes servi que d'urines normales, provenant de sujets en état de santé très satisfaisant. De plus nous avons injecté, à trois reprises, des urines *recueillies au 5e jour des couches*, et obtenu dans les deux premiers cas la *mort de l'animal avec 90 c.c. par kil.* Dans le 3e cas, qui est précisément celui que nous avons éliminé de cette série d'expériences, l'animal après avoir reçu

190 c.c. par kil. de son poids, resta quelque temps dans le coma puis finit par se remettre ; mais l'injection marcha irrégulièrement, forma boule d'œdème à la base d'une oreille, et dut être poussée dans l'oreille opposée ; elle nécessita ainsi un temps assez long, bien près d'une heure, et atteignit le chiffre total de 475 c. c. Le lapin assez vigoureux, pesait 2 k. 500.

Une démonstration plus complète de l'inexactitude de la théorie peu vraisemblable, *d'une intoxication par rétention dans des conditions de santé ordinaires*, serait peut-être réalisée par la répétition des expériences avec les urines de ces mêmes femmes, placées dans des *conditions identiques*, un certain temps après leur accouchement, un mois par exemple.

Mais nous considérons cette démonstration, déjà bien difficile, comme superflue, car la toxicité urinaire des premiers jours des couches s'explique suffisamment par les modifications de l'état général de la femme ; elle est en rapport avec la superélimination des produits d'oxydation qui s'effectue par les divers émonctoires chez la nouvelle accouchée, superélimination que prouve la diminution marquée du poids du corps (recherches de Gessner et de Hecker).

Nous avons injecté des urines de femme enceinte à une lapine pleine, dans le but de rechercher l'influence que pouvait avoir en ce cas, la gravidité sur le degré de résistance de l'animal. Sa mort est survenue à 70 c.c. par kilogr. La différence entre cette toxicité et celle de notre première série d'expériences est donc minime.

DE LA PÉRINÉORRHAPHIE A LAMBEAUX

Par **Fancourt Barnes**, M. D., M. R. C. P.

Il y a actuellement plus de cinq ans que j'ai eu recours pour la première fois à la méthode de restauration du périnée, dite *périnéorrhaphie à lambeaux*. Avant d'avoir eu l'oc-

casion de voir M. Lawson Tait réparer deux déchirures du périnée par la méthode à lambeaux, j'opérais comme les autres chirurgiens en avivant par la dissection de la muqueuse les surfaces que j'avais l'intention de réunir. Je fus d'emblée frappé de la simplicité et de la beauté de l'opération à lambeaux. Il est difficile de décrire les divers temps de l'opération ; pour bien l'apprécier, il faut la voir pratiquer.

Le *modus faciendi* est le suivant : Lorsque la déchirure comprend le sphincter et va jusqu'à l'intestin, on doit faire une incision en H dont les deux branches inférieures soient plus courtes que les supérieures.

Pour ce faire :

1° On fend la cloison recto-vaginale et on la dédouble ; on trace ainsi la branche transverse a de la lettre H (voir fig. 1).

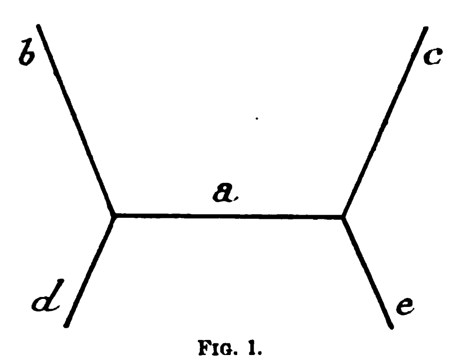


FIG. 1.

2° On incise ensuite de chaque côté de la vulve, suivant une ligne qui répond à l'union de la muqueuse vaginale et de l'épiderme vulvaire ; ces incisions sont représentées sur le diagramme par les figures *b* et *c*.

3° Les quatrième et cinquième incisions *d* et *e*, constituant les branches inférieures de la lettre H, descendent de chaque côté sur les parties latérales de l'anus, partant des extrémités de l'incision transverse et se dirigeant en arrière et un peu obliquement en dehors. Le lambeau inférieur est replié en dedans et maintenu jusqu'à ce que la première suture ait

était passée de l'extrémité de la ligne *e*, le long du bord de la cloison jusqu'à l'extrémité de la ligne *d*. Il suffit ordinairement de cinq sutures pour fermer la plaie.

La rapidité avec laquelle cette opération se fait plaide en sa faveur. Alors même qu'on intervient pour une rupture complète intéressant le sphincter, elle ne dépasse que rarement 6 minutes.

Le fil d'argent me semble le meilleur pour les sutures ; il irrite et suppure moins que tout autre. On entretient la liberté des garde-robes à l'aide de laxatifs donnés chaque jour à partir de l'opération.

Les figures 2 et 3 représentent les ciseaux et l'aiguille dont je me sers.

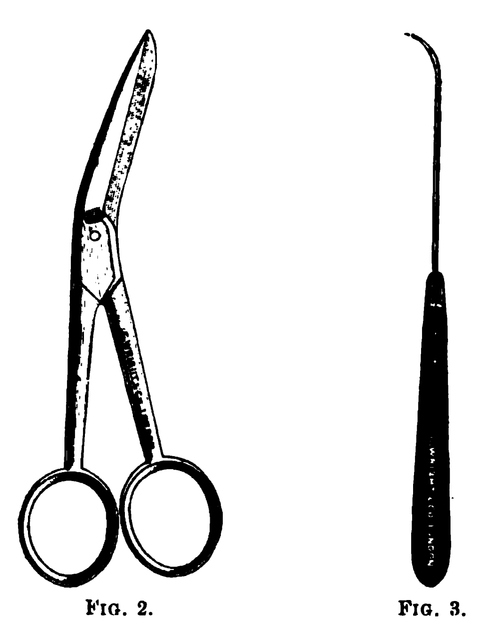


Fig. 2. Fig. 3.

On peut voir par la description qui précède que dans la méthode à lambeaux on n'enlève aucune parcelle de tissus ; par suite, si la réunion manque la malade se trouve dans des conditions aussi bonnes qu'auparavant pour subir une

nouvelle opération. L'ancienne méthode, qui consistait à aviver en enlevant la muqueuse vaginale, est antiscientifique, la malade perdant à chaque insuccès opératoire une partie de son vagin, si bien que dans quelques cas j'ai vu disparaître toute la paroi postérieure de ce canal. Dans plusieurs de ces cas, j'ai pu rétablir le périnée grâce à la méthode à lambeaux ; et cependant dans quelques-uns d'entre eux, on avait enlevé tant de tissus que toute tentative opératoire par les procédés anciens eût été impossible. Un des avantages pratiques de l'opération à lambeaux est que rien ne s'oppose à ce qu'on la répète après chaque accouchement, si le périnée est déchiré à nouveau. Aucun tissu n'étant enlevé, les parties ne sont nullement modifiées par les opérations successives.

Sir Spencer Wells m'a fait l'honneur d'assister à deux de mes périnéorrhaphies à lambeaux. Il me disait qu'il y avait là un perfectionnement considérable sur les vieilles méthodes, mais qu'il était surtout frappé du mode d'application des sutures. Je suis convaincu que ceux, qui n'ont vu que les résultats de ces vieilles méthodes, hésitent à conseiller la périnéorrhaphie lors de déchirures du périnée, parce qu'ils savent qu'il est toujours possible de mettre le malade dans une plus mauvaise situation après l'opération qu'avant. On n'a pas ces craintes quand on pratique l'opération à lambeaux.

On peut avoir une idée assez juste des différents temps de celle-ci en regardant les dessins 4, 5 et 6 faits par mon ami le professeur Vulliet de Genève, après qu'il eût assisté à une de mes opérations.

Obs. I. — 24 février 1885. R. H..., 20 ans, mariée depuis deux ans. Deux enfants. Dernière grossesse, 26 octobre 1884.

Antécédents pathologiques. — Déchirure à son premier accouchement, lequel avait nécessité l'emploi d'instruments.

Matières fécales retenues quand elles étaient solides, mais, garde-robes souvent involontaires lorsqu'elles étaient liquides. Leucorrhée.

État actuel. — Absence complète du corps du périnée, qui avait été frappé de gangrène. Déchirure intéressant le sphincter.

12 mars. *Opération : éther.* — Restauration du périnée suivant le procédé ordinaire.

Le 18. Apparition des menstrues.

Le 22. Cessation des menstrues.



FIG. 4.

Le 23. Enlèvement de toutes les quatre sutures.

Le 24. Garde-robes spontanées la veille. Quelques douleurs.

8 avril. Succès opératoire complet. Périnée solide, et récupération des fonctions du sphincter.

OBS. II. — 17 mars 1885. S. W..., 44 ans. Mariée depuis 20 ans. Santé générale bonne, pas de bronchite.

19 mars. *Opération : éther.* — Constatation d'une déchirure du périnée, intéressant le sphincter. Restauration suivant le procédé ordinaire.

Le 23. Douleurs assez accusées, siégeant autour du rectum, ayant nécessité l'emploi de la morphine. Dans la matinée, amélioration.

Le 26. Garde-robes dans la matinée.

Le 28. Enlèvement de toutes les sutures.

Le 30. Pas de douleurs, purgation dans la soirée.

Le 31. Légère perte de sang, au moment des garde-robes.

2 avril. Garde-robes non douloureuses dans la matinée.

Le 6. Apparition des menstrues.

Le 7. Sensation de mieux-être. Réunion bonne ; mais périnée peu long. Restauration complète de la fonction du sphincter.

Obs. III. — 15 janvier 1886, M. D..., 25 ans, mariée depuis 5 ans. Trois enfants. Dernière grossesse, il y a environ 18 mois. Il y a environ 4 ans, à l'occasion du premier accouchement, le périnée fut déchiré et réparé immédiatement avec résultat heureux Au second accouchement, survenu un an après, nouvelle déchirure du périnée, mais qui ne fut pas traitée. Depuis cette époque, d'après la malade, les malaises consécutifs seraient toujours allés en s'accusant. Garde-robes régulières, mais sans que la malade pût le moins du monde retenir les selles ; déchirure du périnée intéressant le sphincter. Utérus volumineux et dur, col déchiré.

19 janvier. Périnée réparé d'après le procédé de l'incision en H. Spencer Wells, qui m'avait déjà vu pratiquer cette méthode opératoire, était présent ainsi que le professeur Nicolaisen.

Le 29. Il semble que la cicatrisation se soit très bien faite.

15 février. Périnée ferme, anus quelque peu béant ; mais la malade ne jouit pas d'une action de contrôle complète sur les garde-robes.

Obs. IV. — 27 septembre. M. A. L..., 22 ans, non mariée. Un enfant. Dernière grossesse il y a deux ans environ.

Son premier et unique accouchement avait duré 14 heures et avait nécessité l'emploi d'instruments. Elle était restée au lit 3 semaines, et avait beaucoup souffert de faiblesse. Il y a 3 mois environ, elle avait commencé à ressentir une série de malaises : sensations de pesanteur, de brûlure dans la région du dos, aucun pouvoir de contention sur l'intestin, envies fréquentes d'uriner, sensations

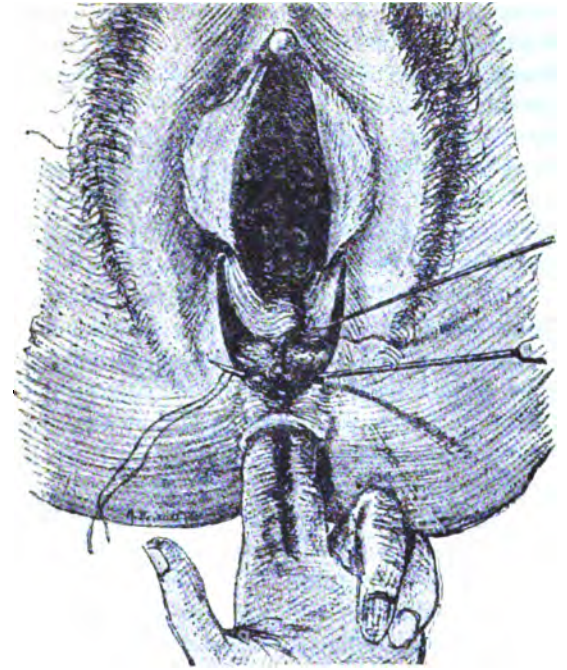


Fig. 5.

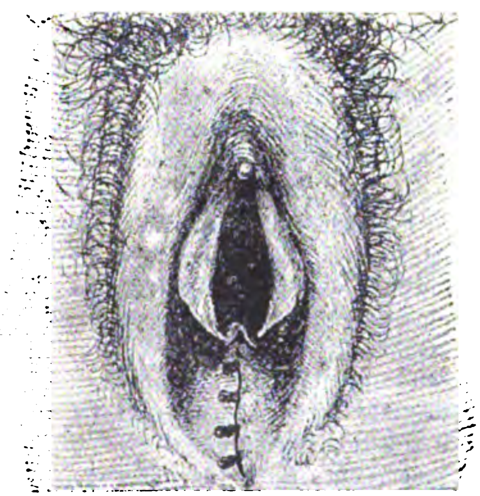


Fig. 6

de brûlure en urinant et, de temps à autre, urines troubles. Elle remarqua bientôt que quelque chose « descendait » à travers l'orifice vulvaire. D'autre part, tous les malaises précités allaient en s'exagérant.

Déchirure du périnée intéressant le sphincter anal.

18 octobre. Après éthérisation de la malade, périnéorraphie à lambeaux.

Le 17. Enlèvement des sutures, bonne cicatrisation du périnée, restauration complète de la fonction du sphincter.

Obs. V. — 18 octobre 1886. S. B..., 25 ans, mariée depuis 14 ans. Deux enfants. Dernier accouchement, il y a environ 3 semaines. Après sa première grossesse, il y a environ 13 ans, la malade remarque un certain degré de prolapsus de l'utérus, qui alla peu à peu en empirant. Pas de traitement jusqu'à il y a environ 3 mois. Porta un pessaire-anneau qui causa des douleurs vives. Déchirure du périnée intéressant en partie le sphincter.

Le 20. Utérus complètement prolabé au dehors de la vulve.

Le 21. *Opération : éther.* — Restauration du périnée.

Le 31. Enlèvement des sutures.

14 novembre. Application d'un pessaire-anneau. Beaucoup de soulagement ; utérus actuellement maintenu dans le bassin.

Obs. VI. — 28 janvier 1887. 25 ans, mariée depuis un an et neuf mois. Menstruation régulière, dernières règles il y a 14 jours environ. Un enfant. Dernière grossesse, il y a neuf mois.

Antécédents pathologiques. — Depuis la naissance de son enfant, sensations de pesanteur, et perte de tout pouvoir de contention sur l'intestin. Le périnée fut réparé six semaines après l'accouchement par le Dr Westland, qui m'adressa plus tard la malade.

29 janvier. A l'examen, je constatai une solution de continuité qui du rectum conduisait, à travers le périnée, dans le vagin. Évidemment, le périnée avait été déchiré, y compris le sphincter, et l'opération plastique pratiquée avait seulement réussi dans la portion moyenne.

Le 31. *Opération.* — Restauration du périnée.

4 février. Début de la période menstruelle.

Le 7. Fin de la période menstruelle.

Le 9. Enlèvement des sutures ; bonne réunion.

Obs. VII. — 17 janvier. 41 ans, mariée il y a 19 ans. Cinq enfants.

Dernière grossesse il y a six ans et demie. A été « de ci de là » toujours malade depuis sa dernière grossesse. Le mois de mars dernier, elle fut traitée ici par le Dr Robert Barnes qui aurait, dit-elle, pratiqué des cautérisations sur le col. Se plaint de tiraillements et de sensation de pesanteur dans le dos et dans le côté gauche. Leucorrhée légère. Les tiraillements se font sentir dans le dos et dans l'abdomen, généralement 12 heures environ avant l'éruption menstruelle et se prolongent durant les deux premiers jours des règles. Le périnée a été déchiré dix-huit années auparavant au 1er accouchement, et il n'a jamais été fait aucun traitement. Elle retient parfaitement les garde-robes, si ce n'est dans les cas où il y a état diarrhéique ; mais, en général, il y a constipation.

Le 19. Constatation d'une déchirure du périnée intéressant le sphincter.

Le 28. *Opération : éther.* — Restauration par le procédé à lambeaux.

10 février. Enlèvement des sutures. Mais pas de pouvoir de contention sur l'intestin.

Le 14. Aucune amélioration en ce qui concerne la fonction des sphincters.

Le 17. Bonne cicatrisation du périnée. La femme se sent beaucoup mieux.

Obs. VIII. — 10 mars 1887. J. P..., 38 ans, mariée il y a 14 ans. 4 enfants ; dernière grossesse il y a environ huit ans. Dernière menstruation il y a environ 3 semaines et demie. A consulté le Dr Qrigg.

12 mars. Périnée déchiré à droite, y compris le sphincter.

Le 17. *Opération : éther.* — Périnéorraphie à lambeaux, résultat excellent.

Obs. IX. — 27 février 1888. H. K..., 26 ans, mariée il y a un an et demi. Un enfant ; un avortement. Dernière grossesse il y a sept semaines ; durée du travail, 33 heures, application de forceps ; enfant né mort, à terme. Depuis lors, impossibilité de retenir les garde-robes. La malade m'a été adressée pour être opérée par Spencer Wells.

Complète déchirure du périnée. Le sphincter est intéressé, et la déchirure remonte de 3/4 de pouce le long de la paroi postérieure du vagin.

Le 28. Début de la période menstruelle.

4 mars. Règles complètement terminées. Impossibilité absolue de retenir les fèces.

Le 5. Éther. Périnéorrhaphie suivant le procédé ordinaire, incision en H, fines sutures.

Le 6. Pas de sensation de défaillance après l'éthérisation ; excellent aspect de la plaie.

Le 7. L'opérée est bien. Il n'y a pas eu d'évacuation intestinale involontaire, depuis l'opération ; impossibilité d'uriner spontanément ; cathétérisme.

Le 9. Température dans la nuit, 38°,1 ; pouls, 100. Langue chargée ; pas de garde-robes.

Le 10. La température ne s'éleva pas la dernière nuit au-dessus de 37°,3. Langue propre.

Le 12. La malade est bien, bon aspect de la plaie. Langue propre. Pouls et température normaux, garde-robes spontanées.

Le 13. Malade en bonne conditions ; état de la plaie excellent.

Le 14. Enlèvement des sutures ; cicatrisation de la plaie tout à fait complète.

Le Dr E. G. Peck examine la femme trois mois après l'opération et constate que la guérison était complète, y compris la restauration des fonctions du sphincter.

Obs. X. — Mme M..., me fut adressée d'India, par le chirurgien More Reid. Déchirure complète intéressant le sphincter, et remontant d'un pouce le long du vagin. Action sur les sphincters nulle. Périnéorrhaphie à lambeaux ; périnée solide.

Obs. XI. — Mme G..., 23 ans, 12 avril 1890, mariée il y a 2 ans. Déchirure intéressant le sphincter il y a 10 ans environ. M'a été adressée, pour être opérée, par le Dr Harvey Hillard, d'Aylesburg. Tentative de réparation immédiatement après l'accident, mais insuccès. Le périnée n'était représenté que par une bande de peau. On l'incisa, avant de pratiquer l'incision en H. Cicatrisation solide, ayant amené, comme résultat, un périnée solide, long de plus d'un pouce et demi, avec restauration complète des fonctions du sphincter.

Il est, croyons-nous, inutile de relater les autres opérations que nous avons faites avec des résultats toujours aussi bons. Je puis dire que sur 50 cas de rupture complète du périnée

que j'ai opérés par la méthode à lambeaux, je n'ai pas eu un seul échec.

Le Dr K. O. Werden, de Pittsburg, a récemment publié un intéressant travail sur la périnéorrhaphie à lambeaux, dans les *Transactions of the American Association of obstetricians and gynæcologists* pour l'année 1889. Dans ce mémoire, il se déclare très satisfait de l'opération qu'il n'a cependant pratiquée que 8 fois.

Il rapporte des faits de Mundé, qui a opéré 17 fois, 8 ruptures complètes et 9 incomplètes avec succès complet dans tous les cas, excepté un cas de mort par septicémie. Le Dr Werder dit : « Il n'y a certainement aucune opération qui puisse être comparée avec celle-ci par la simplicité, la rapidité d'exécution, et l'excellence des résultats. Dans les ruptures complètes, je crois que nous possédons là une méthode idéale, qui est destinée à remplacer rapidement les vieilles méthodes d'avivement. Dans cette opération, le résultat ne dépend pas de la manière douteuse dont se comporteront des sutures de la muqueuse vaginale ou de la rectale ; il dépend, pour employer les termes de Sänger, de la cicatrisation rapide, certaine et solide de la peau du périnée ».

La complication de fistule recto-vaginale, si commune avec les vieux procédés, semble impossible dans cette opération. Que la réunion par première intention manque en quelques points, le succès de l'opération n'est pas compromis, en particulier si la commissure vaginale postérieure et le sphincter anal ont été réunis, la réunion par seconde intention aura toujours lieu. Alors même qu'il y aura absence totale de réunion, les lésions ne seront pas aggravées, rien n'ayant été enlevé, tout reste dans le *statu quo*. L'indication à l'opération dans les cas de rupture incomplète est souvent méconnue. Et, l'histoire clinique de beaucoup de ces cas est souvent la suivante : la malade accuse une sensation de pesanteur, de difficultés dans la marche et dans la station verticale, accompagnées souvent de douleurs dans la position assise. A l'examen, dans plusieurs de ces cas, le périnée

paraît résistant. Mais, si l'on ouvre la vulve, on aperçoit une cicatrice bordant inférieurement la paroi postérieure du vagin jusqu'au rectum. En général, cette cicatrice est l'origine de beaucoup de souffrances.

Dans l'opération pour rupture incomplète, les ciseaux sont introduits au-dessous de la cicatrice, de façon à la lever et à la libérer. Dans une deuxième catégorie de cas, il peut ne point exister de cicatrice, mais, par contre, et comme conséquence de l'absence de la plus grosse portion du périnée, on observe parfois un prolapsus des parois vaginales, postérieure et antérieure, et de l'utérus. A mon avis, on devrait toujours restaurer le périnée insuffisant, parce que, si l'on n'intervient pas, on peut voir survenir, à un intervalle plus ou moins rapproché, de la rectocèle, de la cystocèle, et du prolapsus de la matrice. En ce qui concerne le choix du moment pour opérer, je pense qu'il est préférable d'attendre 4 à 5 semaines après la production de la déchirure. A cette époque, le fond de la plaie présentera déjà un certain degré de réunion. Mais, je ne puis tenir pour un procédé scientifique, l'intervention immédiate. J'ai souvent constaté la présence d'une bande mince, superficielle, résultant de l'intervention immédiate, et masquant la déchirure initiale affectant le sphincter.

Il n'y a aucun avantage à appliquer des pessaires dans le cas de périnée insuffisant. Un pessaire, en effet, ne peut servir à supporter l'utérus qu'à la condition d'être lui-même soutenu par le vagin, et plus spécialement par le périnée, clef de voûte du plancher pelvien.

REVUE GÉNÉRALE

DU TRAITEMENT INTRAPÉRITONÉAL DU PÉDICULE DANS LES HYSTÉRO-MYOMOTOMIES, D'APRÈS KOCHER, (de Berne) (1).

Par le Dr **BÉTRIX** (de Genève).

Dans un intéressant travail récemment publié, le professeur Kocher décrit sa nouvelle méthode de traitement du pédicule, pour l'extirpation des tumeurs fibreuses et de l'utérus.

L'opération dans laquelle il s'est servi pour la première fois de son nouveau procédé, a été pratiquée le 3 juillet 1889. Sa nouveauté consiste à traiter l'utérus lui-même comme le pédicule d'un kyste de l'ovaire, c'est-à-dire simplement par la ligature à la soie, en l'abandonnant ensuite dans la cavité péritonéale.

Afin de faire mieux comprendre tous les détails du procédé, nous commencerons par donner un résumé de l'observation de la première malade, traitée de cette manière par le professeur Kocher.

Il s'agissait d'une femme, âgée de 36 ans, ayant déjà été opérée par Kocher une année auparavant pour un énorme myôme sous-séreux, remplissant toute la cavité abdominale.

A ce moment de petits fibromes avaient déjà été constatés dans les parois utérines, ils augmentèrent rapidement de volume, de sorte que lorsque la malade revint à la Clinique la tumeur atteignait le niveau de l'ombilic ; tout le corps de l'utérus était bosselé, envahi par les tumeurs jusqu'au niveau de l'orifice interne. Les ligaments larges furent d'abord liés de chaque côté par une double ligature, la première comprenant l'artère utéro-ovarienne

(1) Zur intraperitonealen Stielbehandlung bei Hystero-Myomectomie. *Correspondenzblatt für Schweiz. Aertz*, 1er juillet 1890.

et le ligament rond, la seconde embrassant l'artère utérine, qui était très volumineuse et que l'on sentait battre fortement sous le doigt. La section dés ligaments fut pratiquée à une certaine distance de l'utérus, puis on jeta autour de ce dernier, immédiatement *au-dessus* de la ligature de l'artère utérine, un lien très solide, formé de plusieurs fils de soie que l'on serra de suite avec toute la force possible mais qui fut *seulement noué après la section* complète du pédicule. L'ablation de la tumeur se fit d'après la méthode de Schrœder au moyen de deux incisions fortement convexes, l'une antérieure, l'autre postérieure, se prolongeant obliquement dans la substance utérine jusqu'à la cavité centrale.

Elle se fit sans trace d'hémorrhagie et produisit une surface de section bien nette et franche. On procéda de suite à la cautérisation énergique de la cavité utérine au thermocautère. La ligature à la soie est beaucoup moins gênante que celle de caoutchouc, elle établit l'hémostase absolue et elle permet malgré cela l'introduction du cautère dans la cavité utérine jusqu'au delà du siège de la ligature, ce que Kocher regarde avec raison comme un sérieux avantage. La réunion des surfaces du moignon, évidé en forme de cône, se fait au moyen d'une suture profonde en surjet, réunissant ensemble de larges surfaces et avec le même fil de soie on termine la réunion par une suture superficielle également continue, faite en renversant légèrement en dedans les bords de la séreuse, de façon à mettre en contact réciproque les deux surfaces péritonéales.

Les suites de cette opération furent des plus simples, il ne se produisit aucune élévation de température, les douleurs ne furent importantes que pendant les premières 24 heures. La malade se leva le treizième jour et elle rentra chez elle le vingtième jour.

Revue cinq mois plus tard, la malade jouit d'une santé excellente. Le col utérin est normal, mobile ; le pédicule est très court, il siège directement au-dessus du col, il est mobile et il ne donne lieu à aucune sensation douloureuse.

Cette première observation nous démontre que l'on peut très bien traiter l'utérus comme on le fait pour le pédicule

d'un petit myôme sous-séreux, c'est-à-dire par une simple ligature à la soie, fortement serrée, puis abandonnée dans la cavité péritonéale.

On ne doit pas craindre de complications pour le moignon, car il s'y fait une atrophie graduelle. Les surfaces du pédicule mises en contact par la suture en surjet se réunissent aussi bien que des plaies nourries normalement. L'absence de toute réaction inflammatoire, de toute exsudation, nous montre que ceci a lieu aussi pour les surfaces séreuses recouvrant le moignon.

En procédant par la *ligature préalable des vaisseaux des ligaments larges*, il sera toujours possible d'obtenir un pédicule mince, ne dépassant pas l'épaisseur de l'utérus au niveau de l'orifice interne, et on obtiendra alors facilement une *hématose absolue* au moyen de la ligature à la soie.

Afin d'obtenir toute garantie de sécurité pendant la ligature en masse, l'opérateur doit toujours faire serrer le *fil énergiquement par un aide sûr*, pendant qu'il enlève lui-même la tumeur ou la totalité de l'utérus. Kocher dit, avec raison, que cet acte de l'opération ne doit être confié qu'à son meilleur ami. De cette manière, la tension est presque réduite à zéro et l'hématose est facilement obtenue. Ce n'est qu'une fois la section du pédicule opérée que l'aide fixera la ligature au moyen d'un nœud fortement serré.

Le fil de soie doit offrir nécessairement de grands avantages sur la ligature élastique, car il crée des conditions de circulation beaucoup moins défavorables que cette dernière. L'abandon d'un lien de caoutchouc autour du pédicule peut donner lieu à de graves accidents ; en dehors de l'hémorrhagie secondaire (le cas de Sänger en est un exemple), il survient toujours la nécrose du moignon ; celle-ci peut se faire sans accidents consécutifs, mais il arrive fréquemment qu'elle donne lieu à un abcès, séparé du péritoine, il est vrai, mais qui se vide à travers le col et qui entraîne avec lui le lien de caoutchouc et des fragments de tissu sphacélé. Ceci peut survenir malgré les précautions antiseptiques les plus

rigoureuses, car on ne pourra empêcher absolument l'infection de s'introduire par le vagin et par le col utérin. Tout ceci constituera toujours un grave inconvénient de la ligature élastique. Ainsi que nous l'avons déjà dit, après la ligature à la soie, on n'a pas à craindre la nécrose du pédicule, car il se forme rapidement des adhérences, et en plus, la compression des parties profondes ne tarde pas à diminuer. La ligature à la soie n'a aucune tendance à glisser, comme il arrive parfois au fil de caoutchouc.

Kocher discute ensuite les différentes méthodes de traitement du pédicule, adoptées par la chirurgie allemande moderne. Cette partie de son travail est des plus intéressantes. Nous ne ferons que relever que les plus beaux résultats ont été obtenus par Zweifel, dont la dernière série de 22 hystérectomies consécutives ne présente pas un seul cas de mort. La méthode employée par ce chirurgien et à laquelle il doit ces beaux succès, consiste en la ligature du pédicule en plusieurs portions, à l'aide de l'aiguille creuse d'Allingham, modifiée par lui. D'ailleurs, sutures profondes et superficielles des surfaces du moignon, et traitement complètement intrapéritonéal d'après la méthode recommandée par Schroeder.

Dans la première observation, dont nous venons de donner le résumé, il s'agissait d'un cas relativement simple, mais nous allons voir, par les observations suivantes, que le procédé, recommandé par le professeur Kocher, peut encore donner d'excellents résultats dans des cas plus compliqués et beaucoup plus difficiles à opérer.

Chez sa seconde malade les tumeurs fibreuses descendaient beaucoup plus bas, elles arrivaient jusqu'au niveau du col, de sorte que l'amputation supravaginale semblait au premier abord impossible, même après l'examen pendant la narcose. Cependant, après l'ouverture de l'abdomen, on parvint à lier les ligaments larges d'après le même procédé que dans la première observation, en comprenant de chaque côté l'artère utérine dans la seconde ligature. Pour placer les fils profonds, Kocher se sert des

aiguilles mousses recommandées par Schroeder, et l'hémorrhagie du début s'arrêtait dès que la ligature était serrée. Après la séparation des ligaments larges, on passa un quadruple fil de soie au-dessous des tumeurs, autour de la portion vaginale de l'utérus, il fut serré seulement, mais pas noué pour le moment. Après l'incision du péritoine en arcs convexes sur la face antérieure et sur la face postérieure des tumeurs, on put procéder à l'énucléation des myômes situés le plus profondément ; il se forma par ce fait un long pédicule et on put procéder alors à l'excision en cône de l'utérus. Grâce à la ligature tout ceci put être fait sans perdre de sang. Après l'ouverture de la cavité utérine on put introduire un tampon imbibé de sublimé, puis le thermocautère jusqu'au-dessus du niveau de la ligature, malgré que celle-ci fut serrée avec toute la force possible d'un vigoureux assistant. Après cette cautérisation le fil de soie fut solidement noué et le péritoine fut refermé comme dans le cas précédent. Les suites furent des plus simples et la malade rentrait chez elle le 19e jour après l'opération.

Cette seconde observation nous montre que, même dans les cas où le col est envahi par une ou plusieurs tumeurs, on pourra se servir du nouveau procédé de Kocher en énucléant les fibromes pendant que l'assistant continue à serrer la ligature. Dans ces conditions, l'énucléation pourra se faire sans perdre une goutte de sang et, après celle-ci, nous aurons gagné suffisamment de tissu utérin pour former un pédicule et pour placer la ligature circulaire, qui ne doit jamais embrasser des tumeurs sous elle. L'important dans ces cas est d'avoir un assistant *sûr et solide*, qui puisse serrer très fortement le fil pendant toute la durée de l'énucléation et qui ne devra le nouer définitivement que lorsque celle-ci est terminée.

Les observations 3, 4 et 5 ne présentent pas d'autres particularités, sauf que l'une de ces tumeurs était un fibro-sarcome très vasculaire ; elles furent toutes extirpées d'après le même procédé.

Dans l'observation n° 6, il s'agit d'une femme de 40 ans, chez laquelle en dehors de tumeurs intramurales multiples,

il existait un fibrome intraligamentaire du volume d'une tête d'enfant. Cette tumeur principale, recouverte de l'enveloppe péritonéale fournie par le ligament large, était en contact direct avec les parois du bassin de sorte qu'il ne pouvait être question au premier abord d'une pédiculisation. Après avoir sectionné entre deux ligatures la trompe et le ligament de l'ovaire, l'enveloppe péritonéale fut ouverte sur la tumeur d'avant en arrière, ce qui la mit à nu jusqu'au niveau de l'utérus. Le fibrome restait immobile, jusqu'à ce que Kocher eut l'idée de le faire repousser énergiquement de bas en haut par le vagin ; la tumeur sortit alors du petit bassin, dans lequel elle était seulement enclavée et on reconnut alors qu'elle était adhérente à l'utérus par un large pédicule, s'insérant sur la partie supérieure du col.

Ce pédicule fut entouré d'un fil de soie épais, puis serré énergiquement et il fut alors facile d'enlever le fibrome. Par cette extirpation l'utérus était devenu mobile et abordable, et il fut alors aisément extirpé d'après le procédé décrit dans la première observation.

Nous voyons dans cette observation une troisième modification du procédé de Kocher, applicable lorsqu'il s'agit d'une tumeur partant du col utérin, mais développée dans l'épaisseur du ligament large. Il faut se débarrasser en premier lieu de ces tumeurs arrondies avant de pouvoir atteindre l'utérus et de l'extirper si l'on constate la présence de fibromes multiples dans ses parois.

La ligature en masse n'est pas nouvelle, elle a été essayée plusieurs fois par Schrœder en particulier, qui l'abandonna « parce que la résistance des tissus musculaires et gorgés de sang était si considérable que, même avec la soie la plus forte et les tractions les plus énergiques, on ne réussissait pas à obtenir une hémostase complète pendant l'extirpation ». Nous venons pourtant de voir d'après les observations qui précèdent que la chose est non seulement possible, mais encore facilement exécutable. Cette différence d'appréciation de la ligature en masse, provient de ce que Kocher fait pré-

céder l'application du fil de soie, de la ligature non seulement de tous les vaisseaux du ligament large, mais encore de l'artère utérine, qui, si possible, doit toujours être comprise dans l'anse, qui entoure la portion la plus profonde du ligament. Ceci est le point capital. Lorsque l'artère utérine, qui est toujours le plus gros et le plus important de tous ces vaisseaux peut être isolée et liée séparément, il faut toujours le faire, mais Kocher ne voit aucun inconvénient de la comprendre simplement dans la ligature de la partie inférieure des ligaments larges.

Néanmoins cette ligature préalable de l'artère utérine n'est pas une condition *sine qua non* de l'application du fil de soie autour de l'utérus, car on pourra toujours la comprendre dans l'anse de soie de la ligature en masse et obtenir encore une hémostase parfaite.

S'il se vérifie, ce qui a tout l'air d'être démontré par les observations du professeur Kocher, que l'utérus peut supporter sans inconvénient, sans nécrose, la ligature permanente à la soie, en même temps que celle des deux artères utérines, nous voyons dans cette méthode des avantages très sérieux pour toutes les opérations d'énucléation des petits myômes utérins ; elles pourront être faites de bonne heure, avant que le volume des tumeurs rende l'opération par trop difficile.

En somme, le procédé du professeur Kocher ne diffère pas sensiblement de celui employé généralement pour le traitement du pédicule des kystes ovariens. Il exige en plus, afin de placer et de surveiller constamment la ligature, une certaine force musculaire et une certaine adresse de la part de l'assistant, chargé de la constriction. Dans tous les cas, il simplifie considérablement les opérations des hystéro-myômectomies et il présente des avantages sérieux sur toutes les méthodes, employées jusqu'à présent. Nous espérons qu'il donnera entre les mains d'autres chirurgiens d'aussi bons résultats qu'entre celles du célèbre professeur de Berne, qui obtient une belle et rapide guérison chez toutes les malades, opérées d'après sa nouvelle méthode.

Qu'il me soit permis en terminant cette analyse d'ajouter que j'ai eu dernièrement l'occasion de me rendre compte par moi-même des avantages du procédé du professeur Kocher ; j'assistais pour une hystéro-myômectomie M. le docteur Chennevière, l'utérus gros comme les deux poings était recouvert de nombreux myômes sous-séreux de différentes grandeurs. La ligature à la soie en masse, placée après la séparation des ligaments larges, produisit une hémostase absolue tout en permettant l'introduction du cautère dans la cavité utérine après l'amputation. Les douleurs occasionnées par la constriction pendant les premiers jours après l'opération sont moins fortes et elles durent moins longtemps que pendant le traitement extrapéritonéal du pédicule. Les résultats opératoires furent excellents.

REVUE CLINIQUE

ANOMALIE DU TEMPS DE ROTATION CHEZ UNE MULTIPARE

Par M. **Flandrin**, interne à la Maternité de Grenoble.

X..., 25 ans. Entrée le 21 novembre 1889 à 9 h. 1/2 du soir à la Maternité de Grenoble, dans le service de M. le Dr Nicolas.

3 accouchements antérieurs à terme longs et laborieux ; enfants vivants.

Menstruation régulière depuis l'âge de 16 ans.

Les dernières règles remontent au 16 février 1889.

Pas d'accidents pendant la grossesse. État actuel bon.

Début des douleurs le 21 novembre à 4 h. du soir.

Examen à l'entrée; 10 h. *soir*. *Palper*. — Ventre volumineux, globuleux, parois excessivement minces. Pas de vergetures, ligne brune assez marquée.

Utérus remontant à 15 cent. au-dessus de l'ombilic, très mobile, déjeté à droite.

Siège en haut, tête engagée, membres en avant, visibles en relief grâce à la minceur des parois, plan postérieur en arrière plutôt à gauche; on le devine mieux qu'on ne le sent.

Les bruits fœtaux couverts par le souffle utéro-placentaire sont perceptibles, quoique faiblement, à gauche, en arrière et en bas :

Toucher; 11 *h. soir.* — Tête engagée, col effacé très dilatable; dilatation de plus de 1 fr., membranes intactes.

On arrive aisément sur la suture longitudinale dirigée dans le diamètre oblique droit. A l'extrémité antérieure de ce diamètre, à droite et en avant, on tombe sur la fontanelle antérieure normale.

Diagnostic : O.I.G.P.

Douleurs espacées, peu énergiques.

Minuit. — Dilatation de 5 fr.

22 *novembre*, 2 *h.* 1/2 *matin.* — Dilatation presque complète, membranes intactes. Le mouvement de rotation interne s'est fait en arrière : la fontanelle postérieure est en arrière dans la concavité du sacrum, la fontanelle antérieure est sous la symphyse pubienne, la suture longitudinale dans le diamètre antéro-postérieur.

Le dégagement va se faire en postérieure persistante, occipito-sacrée.

3 h. *matin.* — La femme est sondée.

5 h. *matin.* — La dilatation a peu augmenté, membranes intactes, douleurs peu énergiques, espacées. La position n'a pas sensiblement varié ; la fontanelle antérieure seule accessible est toujours en avant sous le pubis. A ce moment je me fais remplacer auprès de la patiente par un de mes collègues, M. Hermite.

6 h. *matin.* — Rupture spontanée des membranes.

6 h. 1/2 *matin.* — Premier toucher pratiqué par M. Hermite qui, étonné de se trouver en complet désaccord avec mon diagnostic, me fait appeler.

Voici en effet ce qu'il avait trouvé et ce que je constatai après lui. La fontanelle antérieure est à gauche et en avant, en rapport avec l'extrémité antérieure du diamètre oblique gauche, la suture sagittale exactement dirigée dans le même diamètre. On ne sent pas la fontanelle postérieure ; bruits fœtaux maximums à droite en bas, en arrière, nettement perçus.

Diagnostic : O.I.D.P.

8 h. moins 1/4. — Le mouvement de rotation interne se continue de telle sorte que la fontanelle antérieure descend dans l'excavation, allant de droite à gauche, pendant que la fontanelle postérieure devient de plus en plus accessible et se dirige vers la symphyse pubienne.

Accouchement 8 h. 15 m. — Expulsion du fœtus. Dégagement du sommet en O.I.D.A. Mouvement de restitution qui porte l'occiput en regard de la cuisse droite de la mère.

Délivrance. — Par expression et tractions combinées huit minutes après l'accouchement, placenta entier; poids sans le cordon, 650 gr.

Longueur du cordon, 0m,73. Ce dernier forme une anse autour du cou de l'enfant.

L'enfant, du sexe masculin, très vigoureux au moment de l'accouchement, pèse 3 k. 430 gr. Fontanelles et sutures normales, pas de déformation du crâne. La forme et la place de la bosse sanguine n'ont pas été relatées.

Diamètres de la tête de l'enfant: circonférence, 32 cent.

O.M	13
O.F	11
S.O.B	9,5
B.P	9,5
B.T	8

La durée du travail peut être fixée à 16 heures environ. Suites de couches excellentes. La femme est sortie de la Maternité 12 jours après son accouchement.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

10e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE BERLIN

SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE (VIIIe Section) (1).

Du drainage abdominal dans les laparotomies.

SÆNGER (Leipzig).— Fermer complètement le ventre, même dans les cas de laparotomie où l'on n'a pu assurer une propreté absolue

(1) Voir *Annales de gynécologie*, août, p. 101; septembre, p. 198, 1890.

(laparotomien unreinen) », telle est, actuellement, la règle de conduite suivie par la plupart des chirurgiens allemands. Et à cela, il y a deux raisons : 1° les travaux théoriques (Grawitz, Waterhouse, etc.), qui ont mis en relief la puissance de résorption du péritoine, *sain*, vis-à-vis même des germes pathogènes ; 2° les résultats cliniques remarquables obtenus grâce à de nouveaux perfectionnements de la technique opératoire, et en particulier à l'évolution qui s'est dessinée vers l'asepsie.

Mais ces résultats ont été égalés, en partie même surpassés par ces maîtres chirurgiens anglais et américains (Lawson Tait, Keith, Bantock, Gill Wylie, Penrose, Cushing, etc.) qui, dans une large mesure, se servent du drainage. De son côté, l'auteur est de plus en plus revenu au drainage dans lequel il voit une mesure qui satisfait à un principe de chirurgie universellement reconnu, et qui, réalisé dans des conditions spéciales, peut tantôt influer de telle façon sur les suites opératoires qu'elles sont moins critiques, tantôt même décider de la guérison.

Historiquement, on peut considérer au drainage abdominal trois étapes : a) application du drainage au moyen d'un tube de verre, procédé indiqué par Kœberlé (1867) ; *b*) *drainage capillaire*, préconisé par Hégar (1881) ; c) son mode d'application *aseptique*, réalisé seulement aujourd'hui.

Sous le rapport purement technique, on peut faire les distinctions suivantes : 1° les *simples tubes à drainage*, tubes en verre, droits, ou incurvés ; 2° le *tamponnement intra-abdominal* avec de la gaze hydrophile ; 3° le *drainage combiné* au moyen d'un tube en verre rempli de substances hydrophiles.

L'auteur emploie, habituellement, le dernier procédé ; exceptionnellement le second, mais jamais le premier. Les tubes de verre incurvés dont il se sert sont de longueur variable, leur courbure correspond à un quart, ou à un demi-cercle, et ils sont percés, au voisinage d'une de leurs ouverture, d'orifices latéraux dont le diamètre ne dépasse pas un millimètre. On les rend aseptiques par le savonnage, l'action de l'eau bouillante et le séjour dans une solution de sublimé (1 : 500). Le tube à drainage est, au moment de son emploi, retiré de cette solution et disposé dans le cul-de-sac de Douglas, de telle sorte qu'il repose exactement sur l'utérus par son bord inférieur concave. Ces tubes incurvés plongent dans les foyers de sécrétion qu'il s'agit de tarir plus

sûrement que les droits, qu'emploient les chirurgiens anglais et américains. Ils ont en outre l'avantage de ne pouvoir offenser ni l'intestin ni l'épiploon.

Le drain une fois mis en place, la paroi abdominale est suturée, puis des pressions latérales sont exercées sur elle pour exprimer par le tube, tout ce qui reste de liquide dans le ventre. Alors, à l'aide d'un fin mandrin en cuivre ayant à peu près la courbure du tube, un morceau de *gaze aseptique*, et non point des mèches, qui ont les mêmes inconvénients que les languettes d'ouate, est poussé jusqu'à l'orifice profond du drain, et on le change jusqu'à ce qu'il ne trouve plus de liquide à pomper. Cela fait, on entasse des couches de gaze et d'ouate de bois et le tout est recouvert d'un pansement hermétique de diachylon, en morceaux grands comme un mouchoir de poche. Ce pansement est enfin égalisé de tous côtés à l'aide d'une bande.

Ce pansement n'est pas changé avant 24 heures ; ainsi, on ne fait dans le drain aucune aspiration à la seringue, mais on s'en fie à la capillarité pour assurer un assèchement complet. Le pansement est fait avec les précautions antiseptiques les plus strictes, et cette fois encore on introduit avec la sonde dans le drain de minces languettes de gaze pour pomper tous les liquides. Toute injection secondaire est évitée. Ce pansement reste en place 24 ou 48 heures. Le drain est retiré au 3e ou au 4e jour, lorsque toute sécrétion est tarie. Parfois il faut le laisser 6, 8 jours et même plus.

Seuls, les faits cliniques permettent d'apprécier l'efficacité du drainage. Les expériences faites sur le cadavre par Heinricius, Löbker, Delbet ne possèdent aucune valeur démonstrative. A la vérité, il ne s'agit même aucunement de drainage de toute la cavité abdominale, mais bien du drainage d'espaces linéaires, en forme de fentes, situés le plus souvent dans la région du cul-de-sac de Douglas, au voisinage des annexes de l'utérus, de l'utérus lui-même. Ce qu'il faut, c'est réaliser l'écoulement au dehors, l'excrétion centrifuge de sécrétions qui s'accumulent *après* l'opération, qui sont pour ainsi dire à l'état naissant, c'est amener la dessiccation de ces espaces vulvaires, sécrétants qui, d'après les recherches de Coe, Mundé, v. Stockum, et Treub, sont déjà, après 2-3 jours, isolés du reste de la cavité abdominale.

Le drainage opère donc à la manière d'une *soupape de sûreté*,

en ce sens qu'il rend possible l'écoulement au dehors de sécrétions qui, retenues dans la cavité abdominale, seraient susceptibles de fournir un terrain de culture favorable à une infection septique.

Le chirurgien qui a l'occasion d'observer des cas à peu près identiques, traités les uns avec, les autres sans drainage, reconnaît bientôt que les premiers évoluent d'une manière beaucoup moins critique, que même ils ne présentent pas, dans les suites opératoires, des dangers associés aux sécrétions secondaires, ou aux diverses sortes d'adultérations du sang.

Le *tamponnement intra-péritonéal avec de la gaze* (Mikulicz, Fritsch, Pozzi, Treub, Hahn, etc.), que l'auteur a utilisé en 1881 après l'extirpation totale par le vagin, et en 1884 seulement dans les laparotomies, possède en tant que *drainage capillaire simple* de sérieux inconvénients. La gaze placée à l'intérieur est très vite saturée, tandis que celle qui se trouve à l'extérieur n'est que d'un médiocre secours. Or, il n'est pas possible de retirer la première sans faire exsuder les sécrétions dont elle s'était imbibée et qu'on laisse ainsi dans la cavité abdominale. Lorsque l'auteur eut acquis l'expérience que, dans les cas où une hémorrhagie non justiciable des ligatures constituait une indication au tamponnement intra-péritonéal, cette indication pouvait être également remplie par le drainage combiné (tube de verre et gaze), en évitant même les inconvénients associés à la première méthode, dès lors, il n'employa plus le *drainage simple avec la gaze* ou le *tamponnement que dans les cas de plaies creuses, intraligamentaires et rétro-péritonéales*. Le drainage abdomino-vaginal que A. Martin, un adversaire d'ailleurs du drainage, a jusqu'en ces tout derniers temps employé dans les myomotomies, est également inutile. Car, il est possible, rien qu'avec le *drainage abdominal simple*, de détourner au dehors toutes les sécrétions. On peut également, au bénéfice de la toilette sèche du péritoine, réduire au minimum l'usage du lavage de la séreuse dont les dangers ont été mis en relief spécialement par Polaillon et Delbet.

En ce qui concerne l'*exposition théorique des indications* du drainage, qu'on se reporte au travail de Lande, inspiré par l'auteur (*Arch. f. Gyn.*, Bd XXXVI, Hft. 2). Ces indications y sont ainsi formulées :

1) Foyers sanguins *circonscrits* en décomposition (infectés)

ou capables de se décomposer, foyers de sécrétions, dont les fâcheux effets ne peuvent être empêchés par le pouvoir de résorption du péritoine, affaibli *localement* ou *sur toute l'étendue de la séreuse;* 2) éventualité possible d'une accumulation secondaire de sécrétions, dont la décomposition (infection) et la résorption pourraient entraîner une intoxication septique; 3) quand on appréhende la rupture d'organes (lésés) et l'irruption de substances étrangères diverses (contenu de l'intestin, de la vessie); 4) lorsqu'il s'agit d'isoler de la cavité abdominale des plaies creuses, considérables, sécrétant abondamment.

Au point de vue clinique, se rangeront sous ces indications : de nombreux cas de salpingo-oophorectomie, en particulier, quand il s'agira de pyosalpinx, d'abcès de l'ovaire, de pelvi-péritonite exsudative avec contamination du péritoine par du pus ; hématocèles intra-péritonéales ; restes de tumeurs inextirpables ; péritonite chronique ; abandon de moignons utérins volumineux ; déchirures et pertes de substance étendues du péritoine pelvien ; beaucoup de cas de grossesse ectopique ; cas de plaies creuses à la suite de l'énucléation de tumeurs intra-ligamentaires et rétro-péritonéales, en particulier du rein ; après curage d'hématomes intra-ligamentaires, etc.

Depuis la publication du travail de Lande, l'auteur, sur un ensemble de 54 laparotomies, a pratiqué le drainage 13 fois ; 14 fois, si l'on fait entrer en ligne de compte une opération faite avec le Dr La Torre (de Rome). Il a été réalisé de la manière suivante :

I. *Drainage simple avec la gaze* ou *tamponnement avec la gaze*, 3 fois ; *extra-péritonéal*, 2 fois, après énucléation de deux kystes paraovariques, après grossesse tubaire avec hématome intraligamentaire : *intra-péritonéal* 1 fois, dans une laparotomie exploratrice pour sarcome du mésentère (hémorrhagie).

II. Le *drainage combiné* (tube et gaze), 11 fois : 1 fois dans un cas de salpingo-oophorectomie pour inflammation chronique des annexes ; 2 fois dans des conditions semblables avec hématocèle intrapéritonéale ; 1 fois dans ces mêmes conditions combinées avec une grossesse extra-utérine ; 4 fois combinées avec un pyosalpinx, compliquées dans 2 cas d'abcès de l'ovaire, dans 2 cas avec exsudat suppuré libre dans le cul-de-sac de Douglas, dans 1 cas avec ulcération profonde du côlon descendant. Dans

tous les cas, les sacs suppurés crevèrent et le pus fit irruption dans la cavité abdominale.

1 fois en outre, dans 1 cas de grossesse ovarico-abdominale (cavité saignante au niveau du sac ovulaire), 1 fois après une opération de Porro pour myômes du corps et du col de l'utérus et abandon du pédicule, 1 fois après ovariotomie (kyste sanguin) et hystérectomie consécutivement à une tentative d'énucléation vaginale d'un myôme du corps de l'utérus et à une rupture traumatique de l'utérus.

Seul, ce dernier cas, *a priori* désespéré, se termina par la mort, produite par le *shock*. *Toutes les autres opérées guérirent*. On ne pourrait en somme imaginer des résultats plus éloquents en faveur du drainage.

Du traitement de l'avortement.

WINTER (Berlin). — D'une manière générale, le traitement de l'avortement est devenu plus actif, parce que le raclage antiseptique et complet de l'œuf abortif est, la plupart du temps, accompagné de suites de couches apyrétiques et de l'involution régulière de l'utérus. L'accord n'est plus le même touchant la « *rétention de la caduque vraie* ». Brennecke, Heinricius, Dührssen pensent que cette rétention est l'origine d'hémorrhagies, de troubles dans l'involution utérine, d'endométrite, et conseillent en principe l'enlèvement de la caduque retenue ; Schröder, Winckel, Olshausen sont d'avis au contraire que cette rétention n'est pas incompatible avec une *restitutio ad integrum*.

La solution de la question exige les conditions suivantes : savoir si la femme était bien portante avant l'avortement ; être bien renseigné sur les éléments de tissu expulsés au moment de l'avortement ; rechercher, durant plusieurs mois après l'avortement, dans quel état se trouvent les femmes. 100 femmes, remplissant les conditions précitées, ayant été soumises à un examen minutieux, ont permis de faire les constations suivantes :

1er *groupe*. — Dans les cas où la *caduque vraie avait été expulsée en totalité*, suites de couches normales. Durée de l'écoulement lochial, environ 8 jours ; premières règles 4 semaines environ après l'accouchement, habituellement un peu profuses ; les autres

menstruations normales, non douloureuses; on constata 1 cas de fécondation sur 9.

2e *groupe* (15 cas), *caduque retenue en totalité.* — Durant les suites de couches, il ne fut expulsé aucune portion de caduque. L'écoulement lochial, d'ailleurs normal, se prolongea une fois 2 et une fois 3 semaines. Premières règles la plupart du temps un peu profuses, les autres d'abondance normale et se montrant à l'époque régulière; 4 fois la conception eut lieu déjà durant les premiers mois après l'avortement.

3e *groupe* (30 cas). — Ce sont ceux qui correspondent le plus aux conditions qui se présentent dans la pratique. Durée de l'écoulement lochial, la plupart du temps 8 jours; écoulement non décomposé, non mélangé de portions de caduque, et peu abondant. Retour des règles 4 semaines environ après l'avortement; au début, menstruation un peu profuse, plus tard d'abondance normale et aux intervalles réguliers; dans 12 cas, apparition d'une grossesse déjà au cours des premiers mois.

En résumé, sur l'ensemble des femmes qui présentèrent une rétention soit totale, soit partielle de la caduque vraie, 38 p. 0/0 redevinrent enceintes tandis que ce rapport ne fut que de 6,29 p. 0/0, par rapport aux femmes qui expulsèrent la caduque en totalité.

Il ressort de là, que la rétention de la caduque chez des femmes antérieurement bien portantes n'exerce aucune influence fâcheuse sur les suites de couches, mais que l'endométrium récupère rapidement son activité fonctionnelle normale.

On sait cependant, qu'il survient parfois, à la suite de l'avortement, des hémorrhagies et de l'endométrite. Pour trouver l'explication de ces hémorrhagies, Winckel a étudié minutieusement 20 cas où cette complication s'était produite, et il a reconnu : que, dans tous, l'avortement s'était fait spontanément; que le plus grand nombre avait eu lieu à environ 2 mois de grossesse; que dans cinq cas, il était resté dans l'utérus des villosités choriales, et dans les autres, de grosses portions de caduque à des stades divers d'involution.

L'auteur pense que la cause la plus fréquente des hémorrhagies après l'avortement spontané dans les premiers mois réside dans la rétention de la caduque vraie, et que ce sont surtout les

débris de cette caduque, demi-détachés et pendants dans la cavité utérine, qui troublent l'involution de la matrice.

Il ne faut, en aucun cas, négliger l'enlèvement de ces portions flottantes de la caduque.

Remarques sur la méthode de Thure-Brandt.

TH. LANDAU (Berlin). — Après avoir insisté sur les avantages que possède, ne serait-ce qu'au point de vue de l'exploration médicale, la méthode de Thure-Brandt, Landau dit que l'usage patient, méthodique de cette méthode lui a permis de relever un certain nombre de faits physiologiques et pathologiques, nouveaux, dignes d'être signalés.

1) Quand on a appris à bien palper, à reconnaître comment l'utérus se contracte à l'état normal, on peut, par la considération de la qualité et de l'énergie des contractions, conclure qu'on se trouve, ici, en présence d'un myôme, là, en présence d'un processus métritique. Dans le 1er cas, l'utérus se contracte irrégulièrement, dans le second, pas du tout.

Le changement que subissent certains produits pathologiques est remarquable. Les changements fréquents de position de la matrice sont suffisamment connus. Chez telle malade, on perçoit, certain jour, de chaque côté de l'utérus, un sac rénitent, et à quelque temps de là, on ne trouve qu'une poche relâchée ; la quantité de son contenu liquide a diminué. Un peu plus tard, la rénitence reparaît. Il y a là une alternative curieuse de réplétion et d'évacuation.

La méthode de Thure-Brandt, étudiée à fond et méthodiquement appliquée, permet d'établir le diagnostic dans des cas où il n'était pas faisable avec les autres procédés d'exploration. Il n'est pas douteux que notre croyance à la perfection de la vieille méthode d'examen combiné, a retardé quelque peu nos progrès dans la connaissance de la physiologie et de la pathologie des organes génitaux de la femme.

Discussion. — SKUTSCH ne voit dans la méthode de Thure-Brandt, en tant que procédé d'exploration, que des perfectionnements accessoires. Il est d'avis qu'il y a lieu de la soumettre à une étude plus complète, mais qu'on ne saurait encore la con-

seiller dans tous ses détails comme méthode de pratique générale. KUGELMANN tient le massage pour un « mode d'onanie ». Il conseille contre les exsudats paramétritiques l'opium administré par le rectum (0,06-0,12) ; dose à renouveler chaque deux heures.

De l'anatomie de la grossesse tubaire, considérations sur le développement du placenta humain.

GOTTSHALK (Berlin). *Contributions à l'histoire du développement du placenta humain* (avec démonstration et préparations microcospiques).

Les pièces qui ont servi à ces recherches sont 2 utérus, gravides, l'un au commencement du 2e mois de la grossesse, l'autre à la fin du 3e mois, enlevés par Landau sur la femme vivante. Dans les 2 cas, le placenta avait conservé sa situation normale.

I. — PREMIÈRE STRUCTURE DU PLACENTA, AU COMMENCEMENT DU DEUXIÈME MOIS DE LA GROSSESSE

A. L'épithélium de la muqueuse a disparu. La surface de la muqueuse affecte une disposition finement dentelée par suite des forts bourgeonnements papillaires, fournis par le tissu interglandulaire.

B. Caduque et villosités croissent en se rejoignant et s'unissent de trois façons :

1) Les villosités fusionnent avec les saillies papillaires de la surface de la muqueuse qui les entourent à mesure qu'elles croissent.

2) Les villosités s'étalent dans les dépressions de la surface de la muqueuse.

3) Les villosités pénètrent et s'enfoncent dans les glandes utérines largement ouvertes.

C. Les connexions entre la caduque et les villosités sont, en certains points, déjà au troisième mois, assez solides, bien que beaucoup de villosités n'aient encore qu'un très faible contact avec la surface de la muqueuse. Les villosités perdent, dès leur pénétration dans la caduque, leur épithélium primitivement épaissi.

D. Les glandes se dilatent, se distendent, fusionnent et donnent

à la sérotine, principalement dans sa portion moyenne, un aspect spongieux. Elles perdent en partie leur épithélium, et leurs parois sont facilement traversées par les villosités qui les ont pénétrées.

E. Le tissu interglandulaire, surtout dans la portion moyenne de la sérotine, où les glandes confinent aux glandes, est très raréfié ; cependant les régions spongieuses alternent avec des îlots de tissu compact. Seulement, en se dirigeant vers la surface, le tissu décidual a notablement augmenté et il constitue, à ce niveau, en quelque sorte une couche épithéliale.

F. *Vaisseaux*.

1) Dans la musculeuse, artères et veines sont notablement dilatés, les veines encore plus que les artères ; celles-ci présentent une paroi fortement épaissie (la moyenne). Néoformation considérable de vaisseaux. Artères, en partie fortement sinueuses. Veines plus parallèles à la surface.

2) Les artères cheminent obliquement et s'élèvent au sortir de la musculeuse en décrivant de nombreuses spires en tire-bouchon. Durant leur trajet jusque vers le milieu de la sérotine, elles perdent peu à peu leur tunique moyenne. Dès lors, elles ne sont plus représentées que par des canaux endothéliaux, mais qui vont en s'élargissant toujours de plus en plus jusqu'à la surface, au point que leurs extrémités terminales égalent de six à dix fois le calibre primitif des troncs d'origine.

Sous l'action de la pression sanguine l'endothélium vasculaire s'atrophie vers la surface au niveau du point de la dilatation maxima, tandis qu'il persiste du côté de l'utérus. Aussi trouve-t-on, vers la surface placentaire, de véritables cavernes artérielles, dans lesquelles les villosités peuvent entrer commodément, où, d'ailleurs, en certains points, elles sont déjà entrées.

Capillaires. — Les capillaires artériels prennent naturellement part à la dilatation des artères, et déversent le sang en partie librement entre les villosités, en partie dans les glandes voisines ; les espaces glandulaires se trouvent convertis en espaces sanguins.

De même, les capillaires veineux se trouvent ouverts par le détachement de l'épithélium de la muqueuse, mais ils ne sont pas encore notablement dilatés. Néoformation abondante de capillaires veineux ; par là, les veines se dilatent secondairement. Contrairement aux artères, elles suivent un trajet rectiligne, environ jusque vers le tiers inférieur de la sérotine, où elles prennent une

direction oblique. Les veines ne sont pas au début aussi dilatées que les artères.

A la surface de la sérotine, vaisseaux lymphatiques très dilatés.

En certains points, les villosités pénètrent dans les artères et même, çà et là, dans les veines. Le sang des artères, envahies par les villositées, se crée en partie de nouvelles voies, libres vers les veines voisines. Dès que la 1re fusion entre les villosités et la sérotine est assez solide, la sérotine se trouve traversée en tous points et dans toutes les directions par les villosités, tandis qu'au niveau seulement du bord de l'aire placentaire, elle envoie des prolongements déciduaux, fungiformes à la rencontre du chorion.

II. — LE PLACENTA AU TROISIÈME MOIS DE LA GROSSESSE

A. Les villosités ont envahi à la manière d'un néoplasme la sérotine et choisissent de préférence les voies de moindre résistance, glandes, artères, veines. Les vaisseaux perdent en grande partie leur délimitation naturelle, les capillaires se transforment en vaisseaux veineux et artériels, et ne sont plus reconnaissables en tant que vaisseaux capillaires.

B. Les vaisseaux sanguins nouvellement formés s'ouvrent dans de grands espaces glandulaires, formés par la fusion de plusieurs glandes voisines. Ces espaces glandulaires sont partout remplis de sang et en partie de villosités ; ils ne se distinguent des véritables vaisseaux que par leur délimitation irrégulière, leurs dimensions, et quelques faibles vestiges, quelques trabécules de tissu interglandulaire.

C. Le tissu interstitiel dans les points, où les glandes sont pour ainsi dire accolées, a presque complètement disparu, il est remplacé par les larges espaces sanguins, artériels et veineux. Mais, *en certains points, veines, artères et espaces glandulaires s'accolent très étroitement, et, dans le lieu où le contact est le plus intime, il y a fusion et, consécutivement, formation d'un espace sanguin, considérable, à contours irréguliers.* Cet espace sanguin se trouve la plupart du temps à la limite du tiers moyen et du tiers inférieur de la sérotine ; il constitue finalement l'*espace intervilleux*, dans lequel s'ouvrent des artères et des veines, d'où émanent aussi des veines et des artères, et qui fournit en conséquence du sang mélangé.

D. Les villosités descendent, et pénètrent à travers les canaux sanguins et glandulaires dans ce sinus sanguin, et dès qu'elles y sont parvenues, elles s'infléchissent pour la plupart à angle droit, cheminent plus parallèlement à la surface et comblent bientôt tout le sinus dans sa largeur; en certains points, les villosités se dirigent perpendiculairement en bas et pénètrent dans les orifices vasculaires.

E. Par suite de la formation de ces espaces sanguins, le tissu décidual situé entre les éléments vasculaires correspondants, se trouve séparé du stroma utérin auquel il adhérait, et transformé en îlots sur lesquels les villosités, qui ont poussé à ce niveau, se fixent solidement. Il se produit assez facilement, au niveau de la partie supérieure de ces îlots, des excrétions de fibrine. Le sang les bat continuellement, et ils vont en s'atrophiant toujours, de plus en plus. Toutefois, on en retrouve quelques vestiges sur les placentas à terme.

Les villosités qui remplissent un semblable sinus, paraissent donner lieu à un cotylédon du placenta à terme. Les villosités d'espaces sanguins voisins, traversent, en allant les unes vers les autres, le tissu décidual qui séparait ces espaces. D'autre part, les vaisseaux du tissu interstitiel sont ouverts, et ces modifications successives aboutissent à la formation de l'espace intervilleux, considérable, qui s'étend à toute la surface du placenta. *Les espaces intervilleux ne sont autre chose que des espaces sanguins et glandulaires, maternels, fusionnés et agrandis.*

Dans le développement ultérieur du placenta, ne participe en tant que sérotine que le tiers inférieur de la muqueuse. Quelques villosités isolées poussent jusque dans la musculeuse (Haftzotten).

Ce ne sont pas les villosités mais bien la sérotine qui est traversée, et en partie complètement absorbée par les villosités. L'espace intervilleux définitif n'est pas identique à l'espace intervilleux qui préexiste à la formation du placenta, bien que dans le développement ultérieur de l'arrière-faix, ces deux espaces tendent nécessairement de plus en plus à se confondre.

D'après mes recherches, *la formation entière du placenta s'accomplit dans l'intérieur de la sérotine.*

Abel (Berlin). — Sur de nombreuses préparations microscopiques d'une *grossesse tubaire*, de 5 à 6 semaines, provenant d'une

femme âgée de 26 ans, nullipare, morte d'hémorrhagie interne, l'auteur a fait une série de constatations qu'il résume de la façon suivante :

1) L'endométrium se montre dans la première période de transformation en caduque. La couche compacte, couche cellulaire de Friedlander, n'est pas encore complètement constituée.

2) L'épithélium superficiel de la caduque utérine persiste encore au deuxième mois, bien que très altéré morphologiquement.

3) La portion de la trompe, située en dehors de l'œuf, ne subit pas d'altérations la plupart du temps.

4) Dans le voisinage de l'œuf, la muqueuse de la trompe se transforme en caduque tubaire vraie, qui acquiert son développement *maximum* au niveau des pôles de l'œuf, tandis qu'elle peut s'atrophier complètement dans la région correspondante au plus grand diamètre jusqu'à la sérotine (atrophie par compression). L'épithélium superficiel de la caduque sérotine a disparu et est remplacé par l'endothélium des vaisseaux s'ouvrant librement. Dans la profondeur des replis de la muqueuse, l'épithélium normal peut encore persister.

5) L'épithélium des villosités choriales est triple : double couche épithéliale d'origine fœtale (ectoderme), 3me couche, la plus externe, dérivée de l'endothélium des vaisseaux maternels.

5) Les espaces intervilleux sont constitués par les vaisseaux maternels fortement élargis, dont les parois ne sont pas traversées par les villosités.

De l'opération césarienne dans l'éclampsie.

HALBERTSMA (Utrecht). — Le chiffre de mortalité de l'éclampsie, malgré les progrès que l'on a faits dans son traitement médical, restant toujours élevé, l'auteur a pensé que dans les cas tout à fait critiques, l'opération césarienne permettrait de sauver à la fois la mère et l'enfant. Aussi, y a-t-il eu recours dans deux cas, et les deux fois avec un double succès.

La césarienne dans l'éclampsie a été, jusqu'à l'heure actuelle, pratiquée six fois en Hollande. Dans un seul cas, où l'opération fut faite *in extremis*, et sans suture utérine, la femme est morte. Des enfants, un seul né avant terme (commencement du 8e mois lunaire), succomba peu après l'accouchement. L'opération, non

seulement ne provoqua pas de nouveaux accès, mais mit promptement fin aux convulsions. D'autre part, l'hémorrhagie, habituellement plus considérable dans la section césarienne, loin d'avoir été nuisible, parut au contraire exercer une influence favorable.

Conclusions. — 1) Dans l'éclampsie, se manifestant vers la fin de la grossesse et au début du travail, qu'on substitue plus souvent des opérations chirurgicales inoffensives (excisions sur le col, d'après le procédé de Dürhssen, etc.). au traitement par les narcotiques et les bains chauds.

2) Dans les cas défavorables, dans ceux, par exemple, d'anurie complète, on peut, si cela est nécessaire, recourir aux opérations dangereuses.

3) Qu'on ne laisse pas la femme mourir non accouchée.

Traitement des kystes ovariques par le courant induit.

E. NOEGGERATH (Wiesbaden). — 1) Le courant employé est, en quelque sorte, quantitatif, c'est-à-dire que le fil induit est assez fort, ainsi qu'il est la plupart du temps dans les appareils d'induction les plus en usage.

2) Le pôle négatif du courant secondaire, sous forme d'une éponge humide fixée sur une poignée isolée, est appliqué dans le vagin, tandis que le pôle positif — électrode-éponge, humide — sous forme de plaque de la largeur de la paume de la main, est appliqué sur le ventre.

3) Le courant est juste assez fort pour qu'il soit seulement perçu par la malade, mais la durée de la séance est au moins de demi-heure, encore se prolonge-t-elle, dans la suite du traitement, jusqu'à une heure. Il suffit de trois applications par semaine.

Le traitement est poursuivi jusqu'à ce qu'on ait constaté une diminution notable (6-8 semaines), puis l'on attend l'action éloignée du traitement, qui manque rarement. Les indications spéciales de cette thérapeutique sont les grosses masses de kystes prolifèrants, uni et multiloculaire, de petit et moyen volume.

Dans ces cas, le traitement électrique s'est montré extrêmement efficace. Il est beaucoup plus actif que le courant constant dans les cas de fibro-myômes. L'échec du traitement permet de conclure à la malignité de la tumeur.

De la dilatation de l'utérus.

VULLIET (Genève), présente une série de moules de la cavité utérine, pris sur le vivant après dilatation de l'utérus.

La méthode de dilatation de l'auteur rend des services pour le diagnostic et pour le traitement.

1) On peut pousser la dilatation au point qu'il est possible d'inspecter la cavité utérine.

2) Cette méthode permet de maintenir la dilatation, aussi longtemps qu'on le désire, sur un point spécial de l'utérus, lorsqu'on ne peut établir de suite le diagnostic.

En tant que moyen thérapeutique, l'auteur lui accorde les avantages suivants :

1° Elle permet le tamponnement de la cavité utérine, qui assure le drainage et qui mérite d'être recommandé dans les processus inflammatoires chroniques et dans les catarrhes.

2° La muqueuse utérine devient facilement accessible au traitement (lavages, applications de substances médicameuses répandues à l'état de poudre sur des bandes de gaze, curettement, cautérisation).

3° La dilatation étendue de l'utérus permet l'incision des fibromes intrapariétaux et favorise leur expulsion ou leur mobilisation à travers les voies naturelles.

4° Le tamponnement de l'utérus dilaté peut être employé avec succès dans les cas de flexions utérines. On peut, d'après la méthode de Schultze, détruire des adhérences de l'utérus, avec les doigts introduits dans la cavité de l'utérus dilaté.

5° Action hémostatique du tamponnement soit dans les hémorrhagies causées par des myômes, soit dans les hémorrhagies *post partum*.

Sarcome de l'utérus.

KALTENBACH (Halle). — L'auteur communique 7 cas de sarcome de l'utérus, qui en représentent presque complètement toutes les formes, tous les stades, toutes les combinaisons : 2 fois, le néoplasme était exclusivement circonscrit dans le corps ; 3 fois exclusivement dans le col. Entre le sarcome fibreux et le sarcome

muqueux diffus existaient plusieurs types intermédiaires. Dans un cas, il s'agissait d'un polype sarcomateux du col, de la grosseur d'une tête fœtale ; simultanément, toute la surface utérine du col de l'utérus était envahie par un sarcome diffus de la muqueuse, et le fond de l'utérus était le siège d'un myôme, atteint de dégénérescence cancéreuse.

Dans un autre cas, indépendamment du col qui était altéré dans toute l'épaisseur de sa paroi, le corps contenait un certain nombre de nodules, du volume d'une aveline, remplis d'un liquide sanguinolent et d'une substance molle, semblable à de la substance cérébrale. 2 nodosités semblables, métastatiques se trouvaient au voisinage du méat urinaire, on les enleva en même temps. Dans les 7 cas, après confirmation du diagnostic par l'examen microscopique, on fit l'hystérectomie totale, 6 fois par le vagin. une fois, à cause des dimensions du sarcome, qui occupait le corps de la matrice, on dut adopter la voie abdominale ; on eut soin tout d'abord de désinsérer aussi haut que possible le col du vagin, puis on appliqua une ligature élastique, pour empêcher l'issue du liquide ichoreux.

Toutes les opérées supportèrent très bien l'opération. Toutefois, 2 succombèrent au bout de 4 à 8 mois à des récidives; d'ailleurs, ces femmes ne s'étaient présentées qu'à une époque déjà très avancée de la maladie. Une autre opérée reste bien portante depuis 2 ans 1/2 et peut se livrer aux travaux des champs, les plus durs. Les autres femmes sont actuellement bien portantes, mais elles n'ont été opérées que dans le cours de l'année. Ces malades étaient âgées de 25 à 47 ans.

Dans les 2 cas de récidive, celle-ci se fit, sous forme de noyaux diffus, dans le bassin et dans la cavité abdominale; dans un cas, il y eut compression des uretères, rétention absolue de l'urine dans les bassinets et urémie.

Dans une 8e observation, celle d'une jeune fille de 15 ans, chez laquelle l'auteur avait pratiqué l'amputation supra-vaginale de l'utérus, qui s'élevait jusqu'à l'ombilic, la récidive se fit sous forme de noyaux multiples, sur les ganglions rétropéritonéaux, de chaque côté de la colonne vertébrale, et amena la mort au bout d'un an et demi.

Un 9e cas, inopérable en raison de la période avancée du processus (perforation de l'utérus, péritonite), présentait, au point

de vue étiologique, un point intéressant. La malade avait accouché 1 an 1/2 auparavant d'une vésicule hydatique énorme. Comme Léopold à signalé un fait semblable, il ne paraît pas douteux que le sarconne du corps ait eu son point de départ dans certaines portions du myxome du chorion restées dans la paroi utérine. C'est là une confirmation de l'opinion émise pour la première fois par Virchow, que le myxome du chorion, tout comme une tumeur maligne, peut user, et même perforer la paroi de la matrice.

Du tissu cellulaire pelvien.

FREUND (Strasbourg) présente une série de coupes pratiquées à travers le tissu cellulaire pelvien, normal et malade. Il traite des maladies correspondantes (paramétrite aiguë, abcès, paramétrite chronique atrophique, échinocoques, tumeur de l'ovaire intraligamentaire), et insiste sur l'importance de l'étude du tissu cellulaire pelvien sur des coupes horizontales et sagittales.

De l'électrolyse dans le traitement des tumeurs utérines.

SPANTON (Hanley, Angleterre). D'après l'auteur, le traitement électrique, d'après la méthode d'Apostoli, réduit le volume des tumeurs utérines, supprime les hémorrhagies, et délivre les femmes des douleurs provoquées par les tumeurs. Il communique plusieurs cas, dans lesquels il a eu recours à des courants de 100-285 milliampères; dans quelques-uns de ces cas la tumeur disparut complètement et le retour à la santé fut parfait.

Léop. MEYER (Copenhague). D'une manière générale, l'auteur aurait retiré de bons résultats du traitement des fibromes par le courant galvanique. Ces résultats sont surtout symptomatiques. En terminant, il adresse des remerciements au Dr Apostoli pour l'impulsion qu'il a su imprimer au traitement électrique, en gynécologie.

Des courants continus, dans le traitement des fibromes utérins et des ovaro-salpingites suppurés.

M. le Dr Georges GAUTIER (de Paris) fait une communication *sur le traitement des fibromes utérins et de l'ovaro-salpingite sup-*

purée par les courants continus. En voici les conclusions sommaires : 1° Depuis huit années, il prend part aux tentatives d'applications de l'électricité en gynécologie ; aussi, il lui est facile de se faire une opinion sur les perfectionnements de la méthode d'Apostoli dont il a été le premier assistant. 2° Il prétend que la guérison symptomatique des fibromes est en rapport avec l'intensité électrique utilisée, que cette intensité est proportionnelle à la tolérance variable des malades ; que le pôle positif est sans conteste, au-dessus de 100 milliampères, hémostatique et antiseptique, que l'action locale est secondaire alors que l'action interpolaire est plus efficace et indispensable à utiliser ; que cette action interpolaire sur les fibromes, justifie la galvanocaustique intra-utérine et surtout la galvanopuncture qui est le procédé de choix, car elle abrège la durée du traitement, augmente la régression des fibromes et diminue les récidives. 3° Il rappelle sa statistique ancienne de 67 cas (mémoire lu à l'Académie de médecine de Paris, avril 1890) et rapporte 28 cas nouveaux, en faisant observer, que ses malades ont été soignées moins longtemps, que les premiers résultats ont été plus rapides, que la guérison symptomatique se maintient et que, dans deux cas, des masses énormes de fibro-myômes sous-péritonéaux, ont diminué dans des proportions d'un 1/3 et que ces deux malades, après 8 et 12 séances, dont 2 galvanopunctures à chacune, ont pu reprendre des occupations fatigantes et bien se porter. Il mentionne que le pôle positif produit dans l'utérus une cautérisation complète de la muqueuse qu'elle dessèche et que l'examen microscopique après l'hystérectomie démontre qu'à une dose très élevée (100 m. m.) la muqueuse seule est intéressée par cette cautérisation (Sneguireff). 4° Dans les ovaro-salpingites suppurées, il ne conseille que la galvanocaustique chimique négative, à faible intensité, de 20 à 80 m.m. Ses malades au nombre de 8, avaient consulté des chirurgiens qui unanimement conseillèrent la laparotomie ; sous l'influence du traitement galvanique la suppuration a diminué ainsi que les douleurs, et la restauration des forces a été manifeste. Ces résultats qui ne sont pas éloignés, ne lui permettent pas de porter des conclusions et ils seront le but d'un prochain mémoire. 5° En résumé, il s'appuie sur une pratique déjà longue, pour donner la préférence à la galvanopuncture, comme traitement de choix des fibromes de l'utérus, qu'il faut utiliser avec une antisepsie

parfaite et pour condamner les applications extra-utérines, dont le modus faciendi, repose sur une théorie fausse et dont les résultats sont illusoires.

Tumeurs compliquant la grossesse et le travail.

CALDERINI (Parme). Obs. I). Tumeur de l'ovaire compliquant la grossesse ; tumeur très mobile située tantôt en avant tantôt en arrière de l'utérus. Ovariotomie pendant la grossesse ; accouchement normal, à terme. Obs II. Myôme du col compliquant l'accouchement, énucléation du myôme *sub partu ;* terminaison régulière de l'accouchement.

Traitement de l'éventration abdominale consécutive.

BALANDIN (St-Pétersbourg) dans un cas d'éventration étendue de l'ombilic à la symphyse fit, de chaque côté de la portion éventrée, une incision verticale des téguments et du tissu cellulaire sous-cutané, ne s'arrêtant qu'après avoir entamé les muscles. Relevant alors les parties latérales du pont de peau médian (ancienne cicatrice) et les retournant vers la ligne médiane de manière à avoir une face cruentée superficielle, il sutura au catgut leurs bords l'un à l'autre. Puis, attirant au-dessus du canal, ainsi constitué par l'enroulement de la surface cicatricielle sur elle-même, les lèvres externes des incisions droite et gauche primitivement tracées, et les suturant l'une à l'autre, il doubla ce canal d'une nouvelle couche cutanée-musculaire.

Pansement au diachylon suivant la technique d'Hégar, bandage circulaire par-dessus le tout.

De la trachélorraphie à lambeaux.

DUHRSSEN (Berlin) (1).

De l'extirpation de la vessie.

PAWLIK (Prague). Le 16 juin 1888, une femme entre pour la

(1) Voy. *Ann. de gyn. et d'obs.*, avril 1890, p. 317 et *Samml., Klinisch. Vort.*, 1890, n° 6.

première fois à la Clinique pour une hématurie persistante. Le cathétérisme des uretères permet d'écarter l'hypothèse d'une hématurie d'origine rénale. De plus, après dilatation de l'urèthre, on constate, aussi bien par l'exploration digitale qu'au moyen de l'endoscope, la présence d'un polype, finement pédiculé. Par l'orifice d'une fistule vésico-vaginale artificiellement établie, ablation du polype au thermocautère ; puis, fermeture de la fistule ; guérison complète. La femme quitte la Clinique le 28 juillet 1888.

Un an plus tard, le 11 juillet 1889, cette femme revient à la Clinique. Elle est très affaiblie. Pendant 8 mois après l'opération, elle a été très bien portante, pas de perte de sang ; mais, ensuite, l'hématurie a reparu pour ne plus cesser. A l'examen endoscopique, on découvre une masse papillomateuse, insérée largement, et l'on conclut à la malignité du néoplasme, conclusion qui fut plus tard confirmée par l'examen microscopique. Il y a urgence à une intervention radicale.

Plan de l'opération. — Amener et fixer les 2 uretères dans la paroi vaginale antérieure, exciser ensuite la vessie, et créer une vessie nouvelle en utilisant la portion restante de l'urèthre et le vagin.

1ʳᵉ *séance opératoire*, le 3 août 1889. — Après introduction d'un cathéter métallique dans chaque uretère, la femme est placée dans la position génu-pectorale. Puis, incision du vagin le long de l'uretère sur une longueur de 2 centim., dissection de l'uretère, incision d'un centimètre sur la paroi postérieure de ce canal ; au-dessous de cette incision, ligature de l'uretère qui est ensuite séparé de son extrémité vésicale, enfin suture de l'orifice urétéral à la plaie vaginale. Cette opération naturellement fut faite sur les 2 uretères, d'où la création de 2 fistules urétéro-vaginales.

2ᵉ *séance opératoire*, le 27 août ; extirpation de la vessie. Laparotomie, et, sans intéresser le péritoine, dissection de la vessie (remplie au préalable d'une émulsion iodoformée de façon à la rendre bien reconnaissable), jusqu'à l'orifice uréthral interne. Évacuation de la vessie, et tamponnement avec de la gaze iodoformée de la cavité sus-vésicale pour prévenir toute hémorrhagie. Incision transversale immédiatement au-dessus de la saillie faite par l'urèthre de la paroi vaginale antérieure, et à travers cette incision, rendue suffisamment large, abaissement de la vessie dans le vagin, et excision de cet organe au niveau de l'orifice uré-

thral interne. (A ce moment, l'opérée tombe dans le collapsus, on injecte sous la peau 300 gr. de la solution physiologique, chaude, de sel marin ; le collapsus cesse.) On suture la paroi vaginale antérieure avec le rebord antérieur de la plaie uréthrale, tandis que le rebord postérieur de celle-ci ainsi qu'un avivement circulaire de l'entrée du vagin sont utilisés pour une kolpokleisis transversale. Avant de nouer les fils à ligature, on introduit à travers l'urèthre dans les uretères un cathéter élastique. Fermeture de la plaie abdominale jusqu'à son angle inférieur, par où sortent les chefs de la gaze iodoformée.

La kopokleisis, dont la terminaison dut être hâtée à cause des accidents de collapsus, échoua ; de plus, il resta au niveau de la tentative de réunion de la paroi vaginale antérieure avec le rebord antérieur de la plaie uréthrale une fistule, qui ne se ferma qu'au bout de 8 mois. Une nouvelle tentative d'occlusion du vagin, faite le 20 juin 1890, échoua également.

Le 18 juillet, Pawlik pratiqua une colpokleisis sagittale, qui réussit sauf la persistance d'une fistulette située immédiatement en arrière de l'urèthre. Couchée, la malade retient déjà l'urine longtemps ; mais, quand elle se lève, l'urine s'écoule par la fistule. Elle se rend parfaitement compte quand la nouvelle vessie, d'une capacité de 400 gr. environ, est distendue par l'urine, et elle réussit à l'évacuer, volontairement, par la contraction des muscles périnéaux. Il paraît non douteux, si cette fistule se ferme, et d'après les constatations déjà faites, que cet organe, artificiellement créé, possèdera une puissance de contention suffisante. Quoi qu'il en soit, c'est un résultat déjà satisfaisant que cette femme, exposée il y a un an à une mort imminente, puisse actuellement supporter une somme sérieuse de fatigues.

Contribution à l'étude du traitement hydrostatique de l'inversion chronique de l'utérus.

L. Ad. Neugebauer (Varsovie). L'auteur relate en faveur du traitement de l'inversion utérine, par la pression continue exercée sur l'utérus inversé au moyen d'un ballon en caoutchouc de plus en plus distendu avec de l'eau, le cas suivant : femme, âgée de 22 ans, atteinte, depuis un accouchement survenu deux années auparavant, d'inversion utérine. Au moment où la femme.

extrêmement affaiblie par les pertes de sang, se présenta à la Clinique, on releva les particularités suivantes : existence dans le vagin d'une tumeur à grand axe longitudinal, ovoïde, un peu aplatie, quelque peu élastique et mobile, occupant les 2/3 supérieurs du vagin, à grosse extrémité dirigée en bas, et comme appendue à un pédicule. Autour du pédicule, sillon accusé, ou plutôt gouttière entre le pédicule et la marge de l'orifice externe. Surface de la tumeur lisse, et recouverte d'une muqueuse présentant une coloration rouge très vive. A l'exploration bimanuelle, constatation entre les ligaments larges, d'une dépression infundibuliforme, qui confirma le diagnostic d'inversion de la matrice. Le traitement qui consista dans l'application, après nettoyage rigoureux du vagin, d'un ballon en caoutchouc, dans lequel on injecta une quantité d'eau qui fut portée successivement à neuf onces, douze onces, quinze onces, dut être interrompu le 10 juin à cause de l'apparition des règles. Il fut repris le 13 juin. Chaque jour, on enlevait le ballon et on faisait un lavage minutieux du vagin. Le 27 juin, après 17 applications de l'appareil, la réduction de l'utérus inversé était obtenue. Quelques jours après, il était impossible de retrouver la moindre trace de l'état pathologique antérieur. D'après Neugebauer, les avantages du ballon hydrostatique sur le ballon rempli d'air résultent de l'incompressibilité à peu près complète de l'eau, tandis que l'air est compressible.

Sur un cas de suicide d'une femme enceinte.

F.-L. Neugebauer (Varsovie). — Cette observation que l'auteur relate minutieusement par le détail, et qu'il accompagne de nombreux commentaires, est fort intéressante. Obligation nous est, toutefois, de la résumer. Une jeune fille de 20 ans, arrivée au dernier mois de la grossesse, se jette par la fenêtre, d'un troisième étage. Dans sa chute, elle se fait un grand nombre de lésions : fracture du crâne, fractures multiples des os de la face, fractures multiples du bassin, diastase en avant des deux articulations sacro-iliaques, et *fracture triple de la dernière vertèbre lombaire* (il y avait 6 vertèbres lombaires, la dernière soudée par son apophyse transverse droite à l'aile du sacrum, disposition qui avait diminué ou aboli la mobilité physiologique de cette vertèbre sur l'os sacré,

et par suite favorisé la fracture triple constatée à la nécropsie), fracture de la racine de l'arc; *fracture de la portion interarticulaire* due à une exagération considérable, sous l'influence du choc, de la lordose lombaire normale, et à l'action sur cet arc de l'apophyse articulaire inférieure de la vertèbre située au-dessus; fracture de l'apophyse épineuse de l'avant-dernière vertèbre lombaire. La colonne lombaire fournissait donc à l'auteur un exemple de cette variété de fracture, recherchée par lui depuis plusieurs années: fracture de la portion de l'arc dite interarticulaire, type considéré par beaucoup d'autres auteurs comme purement imaginaire. Neugebauer, dont on connaît les laborieuses et intéressantes recherches sur tout ce qui a trait au glissement vertébral, accorde au contraire à cette lésion, une importance étiologique considérable. Et, d'après lui, *bon nombre de ces cas de fentes interarticulaires, et par conséquent d'olilesthésis survenant en raison de la prédisposition au glissement créée par celles-ci, doivent directement leur origine à une fracture de l'arc due à une hyperflexion en arrière de la colonne lombaire*, produite par une chute sur le siège ou par les efforts faits en soulevant de lourdes charges.

Il existait, en outre, une triple déchirure de la matrice, l'une *perforante*, située au point de la région utérine comprise entre la tête fœtale et la région de la paroi abdominale qui avait porté dans la chute, les deux autres superficielles. La femme succomba 5 heures après l'accident, et l'opération césarienne pratiquée, conformément au texte de la loi, sur la femme morte, permit de constater, en même temps que la rupture utérine, que l'enfant était passé dans la cavité abdominale. Cet enfant était mort, portait une fracture du crâne, et présentait un état de rigidité anatomique, et une disposition des extrémités analogue à celle que l'on observe chez les enfants nés en état d'asphyxie, aux premiers mouvents inspiratoires. Au cours de son analyse, l'auteur se demande si dans un cas semblable une intervention plus hâtive, ne laisserait pas quelque chance de sauver la mère ou l'enfant, peut-être les deux existences ?

Du traitement du moignon dans l'opération de Porro.

F. FRANK (Köln). L'auteur, dès 1881 (1), proposait de terminer

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1881, n° 25.

l'opération de Porro par l'inversion du moignon dans le vagin. Depuis cette époque, il a appliqué ce procédé 6 fois, en le simplifiant peu à peu. Voici comment il se propose de le réaliser à l'avenir : après la castration, inciser l'utérus dans sa portion supérieure, saisir les bords de l'incision dans des ligatures avec des fils de soie, faire passer ces ligatures dans le vagin, inverser tout l'utérus, et par le vagin appliquer le lien élastique, puis inciser la matrice, etc. L'auteur attribue à ce procédé opératoire les avantages suivants :

1) La méthode d'inversion du pédicule a pour elle la sécurité du traitement extra-péritonéal, en même temps que la rapidité de la guérison dans le traitement intra-péritonéal et le côté brillant de celui-ci. Sur 6 cas, elle a permis de sauver 11 existences, résultat fort satisfaisant, surtout si l'on songe qu'on réserve l'opération de Porro pour les cas les plus difficiles. Les opérées peuvent quitter la clinique de 14 jours à 3 semaines après l'opération.

2) Le moignon inversé se retourne peu à peu. Après 12-14 jours, on constate que la portion vaginale s'est reformée.

3) Il n'a jamais été observé d'hémorrhagie secondaire.

4) Les risques d'infecter la cavité abdominale par le vagin sont minimes, si l'on a soin de réunir tous les fils par un nœud, de saisir celui-ci avec une pince et de le conduire dans le vagin, de le confier ensuite à un aide.

5) L'inversion de l'utérus ne comporte aucune difficulté même dans les cas où l'orifice interne n'est pas complètement dilaté, ce qui se conçoit parfaitement si l'on songe que l'on met à profit, non seulemeut les tractions exercées par en bas, mais la pression exercée par en haut.

HILLISCHER. **Appareil pour la narcose au moyen des gaz anesthésiques.** — L'auteur s'est efforcé de permettre avec cet appareil de savoir, à chaque instant, dans quelle proportion se trouvent mélangés les gaz employés.

Tracés graphiques de l'impulsion du cœur fœtal.

PESTALOZZA (Pavie). Ces tracés ont été obtenus dans des circonstances tout à fait spéciales. Chez une parturiente, enceinte de 2 jumeaux, on remarqua, pendant la période d'expulsion du 1ᵉʳ en-

fant, sur la paroi abdominale, dans un point correspondant au fond de l'utérus, l'existence de pulsations régulières, très appréciables à la vue et à la palpation. Après s'être assuré qu'elles étaient indépendantes de la circulation maternelle, qu'elles appartenaient bien au fœtus, qu'elles se produisaient 140 fois par minute, on en prit plusieurs tracés graphiques. Et de l'examen de ces tracés il résulte, constatation en opposition avec l'opinion acceptée par la plupart des accoucheurs, que *le pouls fœtal ne serait modifié par les contractions utérines ni dans son intensité ni dans sa fréquence.*

Péritonite après rupture d'un hématome ovarique. Laparotomie. Guérison.

Boldt (New-York). L'examen microscopique révéla un endothéliome en voie de transformation angiomateuse, avec formation d'un hématome. 200 grammes de sang et de caillots. Les espaces sanguins de nouvelle formation dérivaient sans doute des veines de l'ovaire dilatées. Boldt, d'accord avec Jones, considère ces endothéliomes, qui ne s'accompagnent d'aucune tumeur volumineuse de l'ovaire, comme les produits d'une inflammation plastique de l'organe.

Bassin à double synostose sacro-iliaque sans rétrécissement transversal.

Sabatier (Lyon). Les 12 bassins, avec ankylose sacro-iliaque bilatérale, connus jusqu'ici, peuvent être classés en 2 groupes : 1) *bassin dit de Robert*, reconnaissant une origine spontanée, et caractérisé par un abaissement du sacrum dans l'excavation. Le poids du tronc tend à enfoncer le sacrum de plus en plus. Les ligaments articulaires sont tiraillés et, dans une période plus tardive, il se développe une double arthrite qui aboutit à l'ankylose bilatérale ; *il y a atrophie des ailes du sacrum et rétrécissement du diamètre transverse* ; 2) *bassin de Robert Dubois*, d'origine traumatique. Fracture pelvienne, arthrite (le plus souvent suppurée), ankylose et atrophie des ailes du sacrum, déterminant, comme dans le 1er cas, un *rétrécissement transversal*. Mais, ici le sacrum ne s'enfonce pas dans le bassin, or, à ces deux variétés, il faudrait en ajouter une 3e, représentée par un bassin, jusqu'ici

unique. Ce bassin, qui provient d'une femme adulte, offre une double ankylose sacro-iliaque, d'origine spontanée, sans aucune trace de processus inflammatoire. Il ne s'agit pas d'un « bassin de Robert », car *le sacrum n'est pas enfoncé dans le bassin, il n'existe pas d'atrophie de cet os, et par suite pas de rétrécissement transversal.*

L'auteur pense qu'il s'agit là d'une déformation de nature rachitique et remontant aux premières années de la vie.

Observation unique jusqu'ici de bassin épineux avec synéchie utéro-sacrée. Contribution à l'étude des bassins rétrécis atypiques.

F.-L. NEUGEBAUER (Varsovie). Schröder, à l'autopsie d'une femme qu'il avait jadis opérée d'une fistule vésico-vaginale consécutive à un premier accouchement, et morte à la suite d'un second accouchement, constata, outre la cicatrice de la fistule, une seconde cicatrice, vestige d'une autre lésion des parties molles comprises entre la paroi pelvienne postérieure et l'utérus, ainsi qu'une exostose du bassin mesurant 1 1/2 cent. Hofmeier qui publia *in extenso* cette observation, dit au sujet de l'exostose *qu'elle semblait s'être formée sous l'influence de la traction.* De même, dans sa remarquable monographie sur le bassin épineux (Acanthopelys), Lambl a mis en cause l'effet de la traction musculaire. Cependant, il n'existait pas jusqu'ici un seul fait clinique qui éclairât la pathogénie des exostoses du promontoire. Or, voici le cas que l'auteur a eu l'occasion d'observer. Sur une femme âgée de 57 ans, morte de phtisie pulmonaire, il releva les particularités suivantes : l'utérus atrophié, petit, à parois minces, était remarquablement élevé et présentait un état d'antéflexion, à angle aigu, aussi fort remarquable. Le col était relié, en quelque sorte, au promontoire par un tissu en forme de cordon, doublé par le péritoine, et qui divisait le cul-de-sac de Douglas en deux parties. A un examen plus minutieux, on reconnut que le cordon d'union entre le col et le sacrum, émanait de l'extrémité d'une exostose de l'os sacré, mesurant environ 1 cent. Après ouverture du col, on constata une scissure (bec-de-lièvre) de la lèvre postérieure, et 2 cent. au-dessus du bord libre de la lèvre postérieure une dépression, du fond de laquelle partait la bride utéro-sacrée. D'après Neugebauer, les choses auraient évolué dans l'or-

dre suivant : à l'occasion d'un accouchement laborieux (diam. conjugué, 9 cent.), déchirure perforante de la lèvre postérieure, usure ou rupture du péritoine du cul-de-sac de Douglas, péritonite locale, réparatrice, ayant abouti à la soudure de l'espace de Douglas sur la ligne médiane et à l'union de l'utérus, par l'intermédiaire du péritoine, au promontoire ou au périoste ; et là, sous l'influence du mouvement d'involution de l'utérus, tractions sur le promontoire et formation de l'exostose. L'auteur propose d'opposer au groupe des sténoses pelviennes dues à des affections dyscrasiques du tissu osseux, un autre groupe de sténoses pelviennes atypiques dans lequel rentreraient : les rétrécissements pelviens par production d'exostoses atypiques, de tumeurs osseuses, et enfin par usure perforante et luxation fémorale intra-pelvienne dans les cas de carie.

Vagino-fixation du col dans les déplacements utérins.

S.-M. Bossi (Gênes). — J'ai, dans 6 cas, eu recours à la *vagino-fixation du col*, du côté même où se trouve pathologiquement dévié le corps. L'opération se pratique de la manière suivante :

La malade couchée sur le dos, les cuisses fléchies sur l'abdomen et les jambes sur les cuisses, je saisis le col de l'utérus avec la pince de Schrœder, modifiée par Mangiagalli, et je l'abaisse le plus possible. Écartant le vagin du côté où je dois opérer, j'excise une bande rectangulaire de la muqueuse du col et une bande égale de la surface vaginale correspondante, en comprenant dans l'avivement le cul-de-sac vagino-utérin.

Je passe un premier point de suture au catgut d'un bord à l'autre de la muqueuse vaginale cruentée, puis à travers la surface avivée du col au même niveau. Les deux chefs du fil sont serrés et saisis dans une pince. Le premier point doit être distant de quelques millimètres seulement du cul-de-sac vagino-cervical.

A peu de millimètres du premier point, je pratique de la même manière d'autres sutures dans toute la hauteur du rectangle.

Chaque fil est ensuite noué successivement et l'affrontement est obtenu.

Je conseille à la patiente, pendant quelques jours, de se tenir pendant la nuit dans la position génu-pectorale ou latérale, selon

la déviation corrigée, afin de maintenir plus facilement l'utérus dans la position que lui a donnée l'opération.

Cette méthode très simple aurait l'avantage d'être applicable aux déviations utérines, soit antérieures, soit postérieures, soit latérales, soit aussi à la *descente et au prolapsus de l'utérus.*

En fait, dans les prolapsus de l'utérus on conseille, outre les opérations plastiques sur le vagin et sur le périnée, la ventro-fixation de l'utérus et la colporraphie médiane.

Mais les inconvénients auxquels exposent ces deux opérations sont très remarquables.

Je conseille donc d'associer la *vagino-fixation* du col de l'utérus aux colporraphies et à la périnéorraphie. En deux cas je l'ai faite et jusqu'à présent je m'en trouve très satisfait. Les conditions *sine qua non* sont que l'utérus ait conservé sa consistance normale et sa mobilité. Avec ces deux conditions, en fixant le col du côté où le corps est dévié, celui-ci reprend sa position par un mouvement de levier imprimé au col. Il en résulte que ce moyen curatif doit être plus efficace dans les versions que dans les flexions utérines.

Jusqu'ici je ne possède que six cas opérés.

Aussi je me limite à cette simple note en attendant que je puisse apporter un nombre suffisant de succès qui prouvent l'utilité de la *vagino-fixation du col utérin.*

Contribution à l'étude de la muqueuse normale de l'utérus.

BOLDT (New-York).— Dans de nombreux examens microscopiques, l'auteur a fait une série de constatations intéressantes qu'il résume comme il suit : toutes les glandes utriculaires, aussi bien du col que du corps de l'utérus, sont accompagnées d'une couche de filaments musculaires lisses, qui affectent une disposition réticulaire. Ces tractus musculaires ont des connexions avec les faisceaux musculaires de la paroi utérine et avec les éléments musculaires, qui sont disséminés dans le tissu lymphoïde de la muqueuse. Les muscles glandulaires acquièrent leur plus grand développement au niveau de la zone intermédiaire à la muqueuse et à la musculeuse. ils vont en diminuant de plus en plus vers la surface de la muqueuse. Toutefois, ils accompagnent les glandes jusqu'au niveau de leur orifice excréteur. Leur rôle physiologique

consiste vraisemblablement à faciliter le déversement des produits de sécrétion dans la cavité de l'utérus.

Du pouvoir de contraction de l'utérus et de son importance pratique.

Arendt (Berlin). — De légères excitations de l'utérus, l'exploration simple déterminent des contractions de l'organe ; des excitations plus vives (massage, pressions), provoquent des contractions plus énergiques. C'est d'abord la paroi postérieure qui bombe, puis l'antérieure ; il y a diminution de l'organe en longueur, augmentation, quoique très peu marquée, en largeur et en épaisseur, somme toute : changements de dimensions, de forme, de consistance. La durée et l'énergie de la contraction dépendent des qualités du tissu utérin. On peut utiliser la provocation artificielle de contractions au traitement de la métrite chronique, de l'endométrite, de l'hyperhémie utérine, de la subinvolution, de la stase veineuse et de quelques cas de rétroflexion.

Présentation de pièces.

Mackenrodt (Berlin). a) *Kyste ovarique, prolifère, contenant dans ses parois 2 kystes dermoïdes, de la grosseur du poing, séparés ;* b) une série de pièces pathologiques, *abcès de l'ovaire non d'origine puerpérale*, qui étaient associés à des affections tubaires, uni ou bilatérales. Le principal intérêt de ces faits réside précisément dans l'absence dans leur étiologie d'accidents puerpéraux, accidents auxquels on attribue généralement un rôle pathogénique prépondérant. De l'examen attentif des faits, il résulte qu'il faut, indépendamment de la puerpéralité, faire rentrer dans l'étiologie des abcès de l'ovaire, le catarrhe intra-utérin et la thérapeutique intra-utérine.

De la vie sexuelle de la femme après la castration.

F. Keppler (Venise). L'auteur a fait 46 fois la castration, et 39 fois obtenu une guérison complète ; 21 fois en raison d'une salpingite purulente ou gonorrhéique, 8 fois pour oblitération cicatricielle de la trompe, 1 fois pour oblitération congénitale de la

trompe, 4 fois pour oophorite et salpingite de nature tuberculeuse, 1 fois à cause d'un utérus rudimentaire, 9 fois à cause de fibromes de la matrice.

1) Lorsque l'opération fut pratiquée pour une salpingite ou un processus inflammatoire, *jamais*, il ne survint dans la suite d'hémorrhagie utérine.

2) Le diamètre conjugué s'est raccourci peu à peu, d'autant plus que le sujet était plus jeune (jusqu'à 3 cent).

3) L'utérus s'est également atrophié et d'une manière continue, de 8 cent. à 2 cent. en l'espace de 10 années; pareillement, le vagin est devenu plus court et plus étroit, et sa muqueuse plus pâle; les grandes lèvres se sont amincies.

4) Les seins sont devenus plus petits, semblables aux seins des hommes.

5) Les pigmentations brunes du mamelon, de l'aréole, etc, ont complètement disparu aussi bien que les productions pigmentaires pathologiques. La peau elle-même est devenue remarquablement blanche.

6) La tendance à l'embonpoint, généralement signalée, n'existe pas.

7) Pas d'altérations du système pilaire ni de la voix.

8) L'appétit sexuel persiste absolument intact, d'autant mieux caractérisé que l'opération a été faite à une époque plus rapprochée de l'instauration des règles.

9) L'opération ne crée aucun obstacle au mariage, car 3 de ces femmes castrées se sont mariées et le ménage vit heureux depuis des années.

10) Le mariage avec une femme castrée est le type idéal du mariage malthusien, c'est la seule manière de pratiquer le malthusianisme sans compromettre la santé et le bonheur des intéressés.

11) Il ne s'est manifesté aucune sorte de névrose chez les femmes castrées dans leur jeunesse à cause d'affections inflammatoires, tandis que cette complication s'est montrée fréquemment chez des femmes opérées sur le tard pour des fibromes utérins.

12) Les hémorrhagies liées à la présence de fibromes de la matrice ont été favorablement influencées par l'opération; jamais, toutefois, la ménopause artificielle n'est arrivée immédiatement.

13) Les femmes arrivées déjà à l'âge adulte, et opérées pour des

tumeurs fibreuses de l'utérus, ont perdu complètement à la suite de la castration les désirs sexuels.

Du mécanisme de l'accouchement et de la mensuration du bassin sur la femme vivante.

BALANDIN (St-Pétersbourg). Veit nie que le détroit supérieur influe sur le mécanisme de l'accouchement, tandis que Zweifel, d'accord avec la plupart des auteurs, admet cette influence. Cette divergence de vues tient à ce que les deux opinions sont fondées sur la considération de pièces anatomiques différentes. En réalité, il existe deux types de bassin bien différents. Dans le 1er, celui étudié par Veit, si l'on mène un plan passant par le promontoire et le bord supérieur de la symphyse pubienne, c'est-à-dire, contenant le diamètre conjugué, ce plan coupe les os innominés presque à la hauteur des crêtes iliaques, bien au-dessus par conséquent du diamètre transverse du détroit supérieur; dans ce cas, le promontoire n'agit sur la tête fœtale qu'exceptionnellement, au cas de rétrécissement pelvien. Dans le 2me type de bassin, celui étudié par Zweifel, ce plan mené suivant le diamètre conjugué est beaucoup plus profond, il coupe les os iliaques plus bas, et passe tout près du diamètre transverse du bassin, le promontoire proémine fortement sur la ceinture osseuse et est bien disposé, même lorsque le bassin est normal, pour ramener la tête fœtale dans le diamètre transverse. Or, ces 2 types, si dissemblables de bassins, sont communs, aussi s'explique-t-on la diversité d'opinions qu'ils ont causée. Toutefois, le type, à diamètre conjugué profond, paraît s'éloigner du type normal.

D'autre part, ces faits montrent pourquoi les moyens, perfectionnés à la vérité, de mensuration du bassin sur le vivant, indiqués par Skutsch, ne résolvent pas complètement la question ; puisque deux bassins, ayant des diamètres obliques et conjugués, égaux, peuvent influer sur le mécanisme de l'accouchement d'une manière très différente.

De la question de l'accouchement prématuré (1).

BALANDIN (St-Pétersbourg). — Cette communication repose sur

(1) Voir *Annales de gynécologie*, août, p. 114.

43 accouchements prématurés, pratiqués par l'auteur lui-même, avec seulement l'assistance d'une sage-femme expérimentée.

On s'efforce surtout de réaliser une asepsie aussi entière que possible des organes génitaux, des régions voisines, des instruments et objets employés, etc. Les deux procédés de provocation du travail, habituellement employés, sont l'application de la sonde-bougie et la ponction des membranes; de plus, comme opérations auxiliaires, on a recours aux douches, aux injections entre l'utérus et l'œuf (solution boriquée à 2 p. 0/0, ou eau stérilisée à 27° R.) et à l'électricité.

L'introduction de la sonde n'agit souvent que lentement, après plusieurs jours, après plusieurs semaines, parfois même pas du tout. Il semble que l'efficacité de ce procédé décroît d'autant plus que l'on réalise une antisepsie plus rigoureuse. Par contre, le séjour prolongé de la sonde ne s'est jamais accompagné de la plus légère réaction fébrile, et n'a jamais été l'origine d'accidents consécutifs.

Les contractions utérines, après la ponction des membranes, peuvent en certains cas ne survenir que tardivement, ou même faire absolument défaut. Il en est surtout ainsi quand on a affaire à des utérus peu excitables, à parois relâchées. Dans un cas, il y eut, après rupture des membranes, écoulement intermittent d'eau durant huit jours, sans apparition de contractions.

En semblables circonstances, il faut souvent recourir à d'autres opérations. Le plus souvent, l'auteur a fait la dilatation digitale du col, pratiqué la version d'après la méthode de Braxton Hicks, abaissé un pied et procédé lentement à l'extraction.

De toutes les *mères, pas une n'a succombé*. Mêmes celles chez lesquelles la marche de l'accouchement a été très prolongée, et qui de ce fait se trouvaient fort déprimées, celles aussi chez lesquelles il fallut pratiquer la dilatation et l'évacuation manuelle de l'utérus, toutes, en un mot, restèrent avant, pendant l'accouchement et les suites de couches, sans présenter la moindre réaction fébrile.

En ce qui concerne les enfants, depuis surtout que l'accouchement artificiel fut forcé, à propos, le pronostic s'est notablement amélioré. Dans la dernière série de 20 cas, tout en admettant qu'il faille accorder au hasard un certain rôle, il y a eu 19 enfants

vivants ; tandis que dans la 1re série la proportion des enfants vivants avait été seulement de 68 p. 0/0.

Conclusions. — L'accouchement artificiel est, sous la sauvegarde de l'antisepsie et de l'asepsie, une bonne opération pour la mère et pour l'enfant.

Toutefois, ce n'est pas toujours (difficultés de déterminer exactement le moment opportun, apparition souvent très tardive des contractions, etc.), une entreprise facile à conduire.

Le grand danger pour l'enfant, comme on le savait déjà pour la mère, est dans la septicémie. A mesure que les précautions antiseptiques et aseptiques se perfectionnent, le pronostic, quant à l'enfant, s'améliore parallèlement. Malgré la marche souvent très lente de l'accouchement prématuré, en dépit aussi des procédés chirurgicaux compliqués, sérieux, souvent nécessaires, le nombre des enfants vivants s'élève ; leur vitalité paraît même plus grande.

Il existe deux sortes d'utérus : utérus résistants, élastiques, utérus mous. Les premiers sont facilement excitables ; les méthodes usuelles provoquent toujours, plus ou moins tôt, des contractions. Toutefois, il est des cas dans lesquels on ne voit survenir que très tardivement des douleurs franches, vraiment expulsives ; parfois, même, celles-ci ne se montrent pas. Il faut alors, et sans trop attendre, procéder par d'autres opérations à l'évacuation de l'utérus.

On peut, de cette marche absolument apyrétique, dans l'accouchement prématuré, du travail et des suites de couches, en considération des moyens prophylactiques employés avant cette opération, tirer peut-être quelque enseignement utile sur la question de l'auto-infection.

Des opérations des myômes.

LAWSON TAIT décrit sa méthode opératoire, dont il met en relief les bons résultats : dans la 1re série de 50 opérations, *pas un* décès, dans la 2e *deux* décès ; dans la 3e de 219 opérations, 4 décès, soit comme chiffre de mortalité 1,8 p. 0/0.

A. MARTIN, contrairement à Fritsch, pense que pour extraire l'utérus myomateux par le vagin, il ne doit pas être de la grosseur du poing. Il est partisan de l'énucléation qui, malgré son pronostic favorable, ne s'est pas suffisamment vulgarisée. Schröder l'appelait

l'opération idéale des myômes. L'objection faite qu'elle empêcherait la conception n'est pas justifiée. Le chiffre élevé de la mortalité provient de l'état d'épuisement, de cachexie, dans lequel tombent les malades avant qu'ils se décident à une opération.

R. L.

REVUE ANALYTIQUE

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL

118 cas d'accouchement prématuré artificiel (118 Falle von Einleitung der Künstlichen Frühgeburt), AHLFELD. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 30, p. 529.

111 fois l'indication à l'accouchement provoqué fut une sténose pelvienne, 7 fois une maladie de la mère.

Rétrécissement du bassin, variétés : a) bassins généralement rétrécis avec conservation plus ou moins parfaite des formes, 26 ; b) bassins généralement rétrécis de nature rachitique, 33 ; c) bassins rachitiques, non ou peu généralement rétrécis, 24 ; d) bassins plats, 13 ; e) bassins obliques-ovalaires, 4 ; f) bassins avec luxation bilatérale, 2 ; g) bassins infundibuliformes, 2 ; h) bassins ostéomalaciques, 2 ; i) bassins spondylolisthésiques, 2 ; k) 1 bassin est désigné simplement comme « bassin étroit » ; l) bassin par « excès d'étroitesse », 2.

Degré du rétrécissement : Dans 92 cas, le diamètre conjugué fut relevé. Après déduction de 1,75, les chiffres obtenus furent :

10 au-dessous de 7,0 centim.

57 entre 7,0 et 8,5.

25 — 8,5 — 9,75.

Ce qui donne comme longueur moyenne du diamètre antéro-postérieur, après déduction, 7,97 centim.

Ces 118 accouchements donnèrent 121 enfants (3 fois, des jumeaux).

Enfants venus vivants...........	102 = 84,30 0/0.
— mort-nés..............	19 = 15,70 0/0.
Morts dans les premiers jours....	18
Avant la sortie de la mère (10-12e jour)	9

En résumé : 75 enfants étaient très bien portants à la sortie de l'hôpital = 62 0/0.

Si l'on ne considère que les enfants dont les mères avaient des bassins rétrécis, ces chiffres se modifient un peu (2 fois des jumeaux).

Sur 92 accouchements, enfants	nés vivants.	86 = 85,14 0/0.
— — —	morts-nés.	15 = 14,85 0/0.
Enfants vivants au moment du départ de la	mère	61 = 60,39 0/0.

Si l'on rapporte ces calculs au degré du rétrécissement, on trouve que :

1° au-dessous de 7 centim., pas un seul enfant vivant sur 10.

2° de 7 centim. à 8,5, de 57 enfants 38 étaient vivants à la sortie de la mère = 66,6 0/0.

3° de 8,5 à 9,75, de 25 enfants 21 quittèrent l'hôpital bien portants = 84 0/0.

Poids moyen, déduit de 111 enfants, 2677 gr. ; longueur moyenne (déduite de 114 enfants), 48,3 cent.

Les mêmes mensurations, établies d'après les poids et longueurs des 105 enfants issus de mères avec sténose pelvienne fournirent : poids moyen 2743, longueur moyenne 47,51 centim.

En ce qui concerne les mères, une seule mourut des suites de l'accouchement, de déchirures produites par le passage d'une tête volumineuse à travers un bassin atypique. 4 autres femmes succombèrent soit à des affections pour lesquelles on avait provoqué l'accouchement, soit à des affections survenues d'une manière fortuite (éclampsie, tuberculose, complications cardiaques).

Ainsi, *sur* 111 *femmes, chez lesquelles on provoqua l'accouchement pour un rétrécissement du bassin, une seule mourut des suites directes de l'accouchement.*

Suites de couches. — La température de 109 femmes fut régulièrement prise. Il y eut 75 cas absolument apyrétiques, 68,8 0/0, et 34 femmes eurent de la fièvre pendant un temps plus ou moins long. Toutefois 109 = 80 0/0, quittèrent l'hôpital, en parfaite santé avant le 12e jour.

Procédé employé. — En général, on eut recours au procédé de Krause : introduction d'une bougie flexible.

La méthode fut appliquée parfois d'emblée, parfois après d'autres méthodes préliminaires.

1° Application d'un kolpeurynter,

2° Tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée et de la gaze.

3° Tamponnement du col avec de la gaze iodoformée (sans résultat).

4° Laminaire.

5° Douches.

Très fréquemment, le procédé de Krause provoqua le travail, mais les contractions restèrent très lentes. On eut alors recours à des méthodes de renfort, pour ainsi dire :

7° Décollement du pôle inférieur de l'œuf.

8° Ballon de Tarnier.

9° Rupture des membranes avant dilatation complète de l'orifice externe (très rarement employée comme méthode primitive, mais quand on n'a pas à se préoccuper de l'enfant, on y peut utilement recourir le cas échéant).

10° Bains généraux avec sudation consécutive.

11° Version d'après Braxton Hicks.

Complications, qui survinrent à la suite de la provocation de l'accouchement :

a) Écoulement prématuré des eaux (très rarement, on observa la rupture de la poche des eaux comme conséquence de l'introduction de la bougie).

b) Hémorrhagies abondantes. Habituellement, l'introduction de la bougie s'accompagne d'une perte de sang légère ; mais, 3 fois, l'hémorrhagie nécessita le tamponnement immédiat. 2 fois, l'origine de l'hémorrhagie fut dans une insertion vicieuse du placenta, 1 fois dans un état spécial de la muqueuse vaginale, caractérisé par une disposition anormale à saigner.

c) Fièvre avant l'expulsion de l'enfant. C'est la complication la plus sérieuse et aussi la plus fréquente, elle survint 20 fois sur 109 accouchements.

2 fois seulement les phénomènes pyrétiques précédèrent la rupture des membranes (1 fois chez une tuberculeuse, 1 fois sans cause appréciable), 18 fois ils apparurent au cours d'une période d'expulsion prolongée. En certains cas, des injections antiseptiques les supprimèrent définitivement, dans d'autres d'une façon seulement transitoire.

La persistance et l'élévation marquée de la fièvre mirent cons-

tamment en danger la vie des enfants ; plusieurs succombèrent. En général, l'exacerbation des phénomènes hyperthermiques fut suivie de l'apparition des contractions énergiques, et un accouchement, jusqu'alors lent, prolongé, se termina très vite.

La plupart du temps, la fièvre cessa après la terminaison de l'accouchement, les suites de couches furent normales ou très peu troublées. Il est vraisemblable que cette fièvre est de nature septique, engendrée directement par des ptomaïnes, et qu'elle rétrocède consécutivement à l'élimination du virus par le sang, l'urine, etc., etc.

Conclusions — 1. *La provocation de l'accouchement prématuré, en dépit de l'amélioartion très marquée dans les résultats fournis par l'opération césarienne, conserve son rang parmi les méthodes aptes à sauver la vie de l'enfant dans les cas de sténoses pelviennes.* (1 seule femme morte des suites directes de l'accouchement; 80 0/0 des mères sorties de l'hôpital après des suites de couches très bonnes; les autres, sorties également bien portantes, seulement après des suites de couches un peu plus longues, en somme : résultat de l'opération pour les mères, très satisfaisant.)

De 101 enfants, nés dans des cas de rétrécissement du bassin, 61 = 60,39 0/0 étaient, à leur sortie de l'hôpital, à condition d'être l'objet de soins attentifs, en excellentes conditions pour continuer à se bien développer; donc, résultat également très favorable pour les enfants.

Par contre, sur 6 cas d'opération césarienne pour rétrécissement de bassin, 2 femmes et un enfant succombèrent.

2) *La provocation de l'accouchement prématuré peut être réalisée, même dans la pratique privée, avec le procédé de Krause, toutefois la méthode donne de meilleurs résultats dans la pratique hospitalière.* (Il peut survenir une série d'incidents fortuits et de nature à nécessiter, de la part du médecin, une intervention toute différente : de là, la nécessité d'une surveillance incessante.)

3) *Il faut provoquer l'accouchement aussi tardivement que possible.*

4) *L'extrême limite, pour l'accouchement prématuré, dans le cas de sténose pelvienne, est 7 centim.*

5) *L'accouchement prématuré artificiel doit ressembler, au-*

tant que possible, dans sa marche, à un accouchement normal.

Le choix du procédé est important. En général, toutes les méthodes basées sur la rupture des membranes avant le début des contractions doivent céder le pas à celles où l'on se préoccupe de préserver la poche des eaux.

La rupture prématurée des membranes n'est justifiée que lorsque l'intérêt, la vie de la mère l'exigent, quand la vie de l'enfant n'entre plus en ligne de compte, ou quand la nécessité de réprimer certains phénomènes morbides imposent l'écoulement rapide du liquide amniotique. Enfin, l'accoucheur devant avoir pour but de faire que le travail, une fois en train, se rapproche le plus possible du type normal, s'efforcera de conserver la poche des eaux intacte jusqu'à dilatation à peu près complète de l'orifice externe, et d'avoir un accouchement par le sommet.

R. L.

Cancer du rectum comme indication de l'accouchement prématuré et comme origine d'une endémie de fièvre puerpérale. (Carcinoma Recti als Indication für die künstliche Frühgeburt und als Ursache einer Puerperalfieber Endemie), H. LOHLEIN. *Zeit. f. Geb. u. Gynäk.*, 1890. Bd. XVIII. Hft 1, p. 69.

1) La femme dont il s'agit, V pare. est au 7e mois de sa 5e grossesse. Depuis 1 an 1/4 environ, elle a des garde-robes douloureuses qui, depuis quelque temps, sont mélangées de sang et de pus. L'examen vaginal et rectal combinés, permettent de constater un cancer du rectum, développé surtout aux dépens de la paroi antérieure de l'intestin, et remontant environ du sphincter au promontoire. La paroi postérieure de l'intestin paraît indemne. Or, si l'on attend pour intervenir que l'accouchement se fasse au terme normal, on risque fort, étant donnée l'extension actuelle de la néoplasie, de se trouver alors en présence d'une tumeur inopérable. En conséquence, on provoque l'accouchement. Expulsion d'un enfant du sexe féminin, du poids de 1650 gr. *Suites de couches*, les 3 premiers jours quelque peu pyrétiques, puis très régulières. *L'enfant*, né le 6 mars, continua de se bien porter jusqu'au 13 mars. Ce jour-là, chute du cordon. L'enfant devient agité et refuse le sein. On constate au niveau des parties génitales externes de la tuméfaction et de la rougeur, qui, le jour suivant, s'étendent vers l'ombilic. Mort le 16 mars. Résultat de la nécropsie : processus érysipélateux du tégument, avec formation de bulles.

Quant à la femme, elle fut opérée de son cancer 25 jours après son accouchement et les suites opératoires furent très satisfaisantes. 2 mois plus tard, elle quittait l'hôpital et présentait à ce moment toutes les apparences de la santé.

Or, il paraît certain des constatations faites au cours de l'intervention et de l'examen de la pièce pathologique, que si l'on eût attendu, pour intervenir, la terminaison naturelle de la grossesse, il eût été impossible de faire une opération complète ; la provocation prématurée de l'accouchement se trouvait donc justifiée. L'auteur, en outre, est d'avis, qu'on serait, le cas échéant, autorisé à pratiquer l'avortement sur les mêmes indications.

2) *Endémie puerpérale.* — L'enfant de cette femme, né le 6 mars, devient malade le 13 et meurt le 16 mars des suites d'une affection érysipélateuse et bulleuse du tégument. Un second enfant, tombe malade le 15 mars, et meurt le 18 mars, tué également par une affection érysipélateuse du tégument. Enfin, une femme accouchée le 10 mars, présente des accidents infectieux et des symptômes nets de péritonite septique qui paraissent avoir débuté le 16 mars (elle guérit néanmoins). De l'enquête faite à cette occasion, il résulte que l'agent de cette endémie puerpérale a été une assistante qui avait donné quelques soins à la femme opérée pour cancer.

De ces faits, l'auteur conclut qu'il serait extrêmement important que tous les médecins s'appliquassent à faire comprendre aux sages-femmes qu'elles ne risquent pas seulement d'infecter leurs clientes quand elles ont soigné une femme atteinte d'accidents puerpéraux, que le virus infectant peut provenir aussi bien du plus petit furoncle que d'un érysipèle, aussi bien d'un simple abcès que d'un carcinome utérin en voie de putréfaction.

R. L.

Accouchement prématuré à 8 mois 1/2. Présentation de l'épaule, Version. Déflexion de la tête au détroit supérieur. Tentatives d'extraction par la méthode de M. Champetier de Ribes et la manœuvre de Scanzoni. Décollement. Application du céphalotribe sur la tête. Par M. VANHEUVERSWYN *Journal des sciences médicales de Lille* 1er novembre 1889, p. 427.

Il s'agissait d'un fœtus de 2780 grammes. Après avoir décrit ces différentes manœuvres, l'auteur s'étonne qu Scanzoni ait pu dans les mêmes conditions sauver 117 enfants sur 152. Il y a eu lieu de s'étonner de cette statistique quand on voit que la manœuvre du

célèbre professeur n'a pu, dans un cas de rétrécissement à 9 centimètres, amener un fœtus même mort.

MAUCLAIRE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Bouchard. Quelques mots sur les vices de conformation de l'utérus. *J. de méd. de Bordeaux*, 1889-90. XIX, 473. — **Cullingworth.** Report on the patient department for diseases of women, for the year 1888. *St-Thomas Hosp. Rep.*, 1888-89, Lond., 1890, n. s. XVIII, 59, **Freudenberg**. Nochmals über Naturheilkunde. *Frauenarzt*. Berl., 1890 V, 193. — **Hegar.** Zur Enstehung und Verhütung der Frauenkrankheiten. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1889. Leipz., 1890, 13. — **Lewers.** A practical textbook of the diseases of women. *Philad.*, 1890. — **Madden.** The physician's place in gynecology. Observations on the utility of constitutional treatment in the chronic diseases peculiar to women. *Am. Pract. and News.* Louisville, 1890, n. s.. IX, 289. — **Rogie.** Note sur les aponévroses du périnée et du bassin. *J. d. S. méd.*, Lille, 1890, p. 240. — **Ruge (C.).** Das Mikroskop in der Gynäkologie und die Diagnostik. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft. I. 178. — **Skene.** Education and culture as related to the health and diseases of women. *Detroït*, 1889.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Döderlein.** Resorbirbares Chromsäure Katgut. *Cent. f. Gyn.*, n° 30, p. 534.— **More Madden (T.).** The physician's plan in Gynecology. Observations on the utility of constitutional treatment in the chronic diseases peculiar to women. *Prov. med. Journ.*, Leicester, 1890, p. 325. — **More Madden (Th.).** Observations on Visual. Examination in Gynæcology and on a New Speculum Illuminator. *The Dubl. med. J.*, août 1890, 121. — **Massey.** Electricity in the diseases of women with special reference to the application of strong currents. *Philad. and Lond.* 1890. — **Miller (Katherine).** Vaginal irritations in young girls. *Med. Standard*, Chicago, 1890, VII, 162.— **Pellner.** *Klinische Beiträge zur Thure-Brand-t'schen Behandlung der weiblichen Sexualorgane.* Wien, 1889. — **Sänger.** Ueber operation von Geschwülsten des Beckenbindegewebes durch Perineotomie. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1889. Leipzig, 1890, 287. — **Saulmann.** Erwiederung auf die Bemerkungen des Herrn Noeggerath in n° 27 d. Bl., betreffend meinen Vrotrag über die Behandlung mit dem Konstanten Strome in der Gynäkologie. *Cent. f. Gyn*,, 1890, n° 32, p. 561.

VULVE ET VAGIN. — **Baduaud.** Des varices de la vulve au point de vue obstétrical. *Rev. méd. chir. d. mal. d. femmes.* Paris, 1890, XII, 129-132. — **Campbell.** Note upon conception with unruptured Hymen. *Edinb. med. J.*, sept. 1890, p. 217. — **Cerchez.** Atresie vaginale prin

(1) Les travaux déjà analysés dans le cours du journal ne figurent pas dans cet index.

imperforatio congenitalia a hymenuli. *Clinica*. Bucuresci, 1890, I, 118. — **Chevrier**. *Contribution à l'étude du traitement des fistules recto-vaginales*. Paris, 1889-90. — **Duchateau**. Kyste du conduit excréteur de la glande de Bartholin. *J. d. sc. méd.*, Lille, 1890, p. 85. — **Hubergritz**. Uber atresia vaginalis. *Allg. med. Cent Zeit.*, 30 juill. 1890. — **Jakovleff**. Cas heureux d'épisiocléisis. *J. akush. i jensk. boliez*. St-Pétersbourg, 1890, IV, 269-272. — **Koplik**. Arthritis complicating vulvo-vaginal inflammation in children. *N. Y. M. Journ.*, 1890, LI, 678-681. — **Michel**. Ein Fall von Hydrocele muliebris mit Hernia libera tubœ et ovarii. *Allg. Wien. med. Zgt*, 1890, XXXV, 193. — **Oliver**. Sclerosis of the mucous membrane of the nymphœ and vestibule. *Lancet*. Lond., 1890, I, 851. — **Ortmann**. Ein angeborenes musculos-elastisches. Band in der Scheide ein r Kuh. *Berl. Thierärztl. Wchnschr.*, 1890, VI, 154. — **Orthmann**. Ueber « Kraurosis vulvœ ». *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, p. 283. — **Santoni**. *Contr. à l'étude des kystes du vagin*. Th. Paris, 1889-90, n° 238. — **Schildkret**. Atresia vaginalis incongeuita. *Russk. Med.*, St.-Pétersbourg, 1890, XV, 71. — **Smith**. Abcess of vulvo-vaginal gland. *Dixie Doct.* Atlanta, 1890, I, 75. — **Sonntag**. Demonstration von zehn Fällen plastischer operationen an den Genitalien nach den Methoden von Hegar, Freund, Simpson und Tait-Sänger. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889. Leipzig, 1890, 120. — **Spaeth**. Zur Kasuistic der Coitusverletzungen. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XIX. Hft 2, p. 277. — **Teuffel**. Zur Kazuistik der Scheidenverletzungen. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 34, p. 601. — **Wechselbaum**. Unter Hydrocele muliebris. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1890, XI, 3.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE, ETC. — **Alloway**. A report of twenty cases of shortening the round ligaments at the external inguinal opening in the treatment of retro-displacement of the uterus. *Montreal M. J.*, 1889-90, XVIII, 721. — **Barsony** (J.). Inversio uteri. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 28, p. 500. — **Chaput**. Des prolapsus génitaux, variétés, pathogénie, traitement. *Semaine Médicale*. Paris, 1890, p. 338. — **Cuzzi**. Un Caso di gastroisterorafia anteriore per retroflessione uterina. *Boll. d. Poliambul. di Milano*, 1889, II, 209-220. — **Cuzzi**. Un caso di isteropexis per retroflessione uterina. *Riv. di ostet. e ginecol.* Torino, 1890, I, 36. — **Debrunner**. Zur vaginalen und ventralen Fixation der rückwartsgebeugten Gebarmutter. *Cor. Bl. f. schweiz. Aerzte*, Basel, 1890, XX, 337. — **Faucon**. Note sur un nouveau mode de suture dans l'hystéropexie. *Bull. Acad. roy. de méd. de Belg.* Bruxelles, 1890, 4, s., IV, 282. **Fredericq**. Prolapsus utérin et massage. *Ann Soc. méd. chir. de Liège*, 1890, XXIX, 117. — **Grunwaldt**. Eine Modifikation der Dammsoperation nach Lawson Tait. *Cent. of Gyn.*, 1890, n° 31, p. 545. — **Hooper**. A case of fibro-myxoma and incomplete retroflexion of gravid uterus. *Austral. Med. J.* Melbourne, 1890, XII, 145. — **Jakins**. The mechanical treatment of displacements of the uterus. *Austr. Med. Gaz.* Sydney, 1889-90, IX, 136. — **Kocks** (J.). Zur Therapie der chronischen totalen Uterusinversion. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 37, p. 661. — **Küstner**. Zur Indikationsstellung und Methode der Laparatomie wegen Retroflexio uteri. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889, Leipzig, 1890, 381. — **Profanter**. *Le traitement manuel du prolapsus utérin*, etc. Bruxelles, 1889. — **Stark**. Shortening of the sacro-uterine ligaments. *Cincin. Lancet Clinic*, 1890, n. s., XXIV, 625. — **Veit**. Die

Indicationsstellung fur die Behandlung der Retroflexio uteri. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft 1, p. 59. — **Ziemer**. Ein Fall von Inversio puerperalis inveterata. *Greifswald*, 1889 — **Zweifel**. Ueber die Vaginalfixation uteri, oder die Schücking'sche Vaginalligatur. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 39, p. 689.

MÉTRITE, ULCÉRATIONS DU COL, ETC. — **Barduzzi**. Sulla terapia dell' endometrite cervicale blennorragica. *Gior. ital. d. mal. ven.* Milano, 1890, XXV, 5. — **Bellencontre**. *Du traitement de la métritte du col.* Th. Paris, 1889-90, nº 353. — **Clivio**. Di un caso di endometrite saprofitica. *Riv. di ostet. e ginecol.* Torino, 1890, I, 81, 97. — **Claa**. *Comparaison entre le curage et la cautérisation dans l'endosmétrite du corps.* Th. Paris, 1889-90, nº 260. — **Dejardin**. *Quelques* considérations sur un traitement local de l'endométrite chronique. Th. Paris, 1889-90, nº 299. — **Erwin** Cervical Catarrh. *Cleveland Med. Gaz.*, 1889-90, V, 361. — **Frédéricq**. Traitement des endométrites. *Ann. Soc. de méd. de Gand*, 1890, XXXI, 189. — **Landau** et **Abel**. Beitrage zur normalen und pathologischen Anatomie der Gebarmutterhalses. *Arch f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVIII, Hft 2, p. 199. — **De Luca**. Le sifilidi precoci del collo dell'utero. *Sicilia Med.* Palermo, 1889, I, 922-943. — **Massarenti**. *Applicazione del tamponamento endouterina col percloruro di ferro ovvero coll'acido da aborto e nei processi puerperali localizzati.* Bologna, 1889. — **Para (J.)**. Sept cas d'endométrite traités avec succès par le curage. *Nouv. arch. d'obst. et de gynéc.* Paris, 1890, V, 509. — **Pichevin (R.)**. Du curage de l'utérus. *Nouvelles archives d'obst. et de gynéc.* Paris, 1890, V, 454. — **Mlle Roussel**. Troubles sympathiques du cœur dans les maladies de l'utérus. *Th. Paris*, 1889-90, nº 373. — **Mme Vinaver**. Etude sur le curettage de l'utérus et l'opération de Schroeder. *Th. Paris*, 1889-90, nº 311.

TUMEURS UTÉRINES. HYSTÉRECTOMIE, ETC. — **Abel** et **Landau**. « Eigenartige » interstitielle Endometritis oder sarkomatöse Degeneration der Uteruschleimhaut. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 38, p. 673. — **Bieroth**. Die Myomotomie bei verjauchten Uterusmyomen. *Th. Bonn.*, 1889. — **Browne**. The removal of sub-mucous and intra-uterine fibroïd tumours by enucleation and traction, with report of 10 cases. *Maryland M. J.*, Balt., 1890, XXIII, 105-108. — **Dunning**. Remarks on carcinoma of the uterus, with special reference to treatment. *Times and Reg.* N. Y. et Philad., 1890, VII, 578. — **Frank**. Beitrag zur Indication der Extirpatio Uteri vaginalis. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft 1, p. 206. — **Frommel**. Ueber Totalextirpation des Uterus von Damme aus. *Verhand. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889. Leipz., 1890, 285. — **Grammatikati**. Des modifications de la muqueuse du corps de l'utérus dans les cas de cancer du col. *J. akush. i. jensk boliez.* St-Pétersbourg, 1889, III, 867. — **Jakubowska (Mlle)**. Des résultats immédiats et éloignés du traitement électrique des fibromes utérins par la méthode du docteur Apostoli. Th. Paris, 1889-1890. — **Keller**. Zur Diagnose des Schleimhautsarcoms des Uteruskorpers. *Zeit f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft. 1, p. 116. — **Howard A. Kelly**. Supra-vaginal hysterectomy. Hysteromyomectomy with suspension of the stumb in the lower Angle of the abdominal incision. *Medical News.* Philadelphia, 1890, LVI, 695. — **Körnlein**. Einige Bemerkungen zu Gunsten des Konservierenden Verfahrens bei der Myomotomie. *Beit. z. Klin. Chir.* Tubing., 1890, VI, 441. — **Landau (L.)**. Zur mikroskopischen Diagnose des Gebärmutterkrebses. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 38, p. 675.

— **Lecomte**. Recherches bibliographiques et cliniques sur le traitement palliatif des corps fibreux, par l'électricité, les injections d'eau chaude, le curettage de l'utérus, etc., etc. Th. Paris, 1889-90, n° 360. — **Ludlam**. Renal inadequacy as a contra-indication for hysterectomy in uterine cancer. *Chirurgie*, Chicago, 1890, XI, 160. — **Madden**. On amputation of the cervix uteri in the treatment of uterine cancer and cervical injuries. *Tr. Roy. Acad. M. Ireland.* Dubl., 1889, VII, 257. — **Martin**. Ueber Myomoperation. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890. Bd XX, Hft 1, p. 1. — **Matlakowski**. Carcinoma portionis uteri, extirpatio vaginalis. *Gaz. lek*, Warzawa, 1890, X, 534. — **Münchmeyer**. Ueber die weitere Verwerthung und die Endresultate der Totalexstirpation des Uterus an der Kgl. Frauenklinik in Dresden. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889. Leipz., 1890, 298. — **Pozzi**. Des corps fibreux compliqués de grossesse. *Gazette méd. de Paris*, 1890, VII, 241. — **Rosengart**. Etiologie des fibromes et des polypes de l'utérus. *J. akush. i. jensk. boliez.* St-Pétersbourg, 1890, IV, 77. — **Smyly**. On the diagnosis and treatment of small sub-mucous fibro-myomata of the uterus. *Tr. Roy. Acad. M. Ireland*, Dubl., 1889, VII, 261-264. — **Summers** Laparotomy for fibroïds degeneration of the ovaries. *Omaha Clinic.*, 1890-91, III, 20. — **Terrillon**. Ablation par la voie vaginale et le morcellement des corps fibreux interstitiels, à large base d'implantation. *Progrès méd.* Paris, 1890, XI, 289-292. — **Warchavskaia**. De l'urémie et de l'état du cœur dans la néphrite compliquant le cancer de l'utérus *Th. Paris*, 1889-90. **Wernitz**. Zur electrischen Behandlung des Gebärmutterkrebses. *Berl. Klin. Woch.*, 22 septembre 1890.

TUMEURS DE L'OVAIRE ET DU LIGAMENT LARGE; OVARIOTOMIE. — **Baldy**. Ovarian cyst complicating the puerperal state. *Ann. Gynæk and Pædiat.*, Phila., 1889-90, III, 450. — **Braquehaye**. Sarcome encéphaloïde de l'ovaire gauche inclus dans le ligament large; laparotomie exploratrice; mort par embolie pulmonaire, dix-sept jours après. *J. de méd. de Bordeaux*, 1889-90, XIX, 458. — **Braun**. Des adhérences dans les kystes de l'ovaire et de l'ovariotomie incomplète. Nancy, 1890. — **Buchanan**. Two difficult ovariotomics. *The american Lancet.* Detroit Mich., 1890, XIV, 204. — **Buffet**. Kyste colossal de l'ovaire. *Bull. Soc. de méd de Rouen* (1889) 1890, III, 117. — **Cabot**. Large papillomatous cyst with ascites; laparotomy; wound of the bladder which lay unusually high; suture of it with complete recovery. *Boston med. and surg. Journal*, 1890, CXXIII, 83. — **Cantacuzino**. Kyste multiplu al ovarului sting; ovariotomie; vindecare. *Clinica*, Bucuresci, 1890, I, 116. — **Dobczynski**. 100 Falle von Ovariotomien aus der gynäkologischen Universäts-Klinik zu Königsberg. Königsberg, 1889. — **Kötschau**. Zur Pathogenese der Tubo-ovarialcysten. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889, Leipz., 1890, 344. — **Ladouze** Contribution à l'étude du sarcome de l'ovaire. *Th. Paris*, 1889-1890. — **Ludlam**. A plea for the innocent ovariotomie. *Homœop. J. obst.* N.-Y., 1890, XII, 218. — **Mc Murtry**. Operative methods as illustrated by the history of ovariotomy in America. *Buffalo M. and S. J*, 1889-90, XXIX, 599. — **Millot-Carpentier**. Fibro-myôme de l'ovaire gauche; ablation; mort par péritonite le troisième jour. *Union méd.*, Paris, 1890, XLIX, 519. — **Pozzi (S.)**. Traitement des kystes de l'ovaire. *Gaz. méd. de Paris*, 1890, VII, 337. — **Rivington**. Unilocular abdominal

cyst of large size, apparently ovarian ; Laparotomy ; cure. *Lancet*, Lond , 1890, p. 1121. — **Steffeck**. Zur Enstehung der epithelalien Eierstocksgeschwülste. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*. 1890, Bd XIX, Hft 2, p. 236. — **Tanzini**. Cistoma intralegamentoso ; laparotomia ; guarigione. *Gaz d. osp.* Milano, 1890, XI, 299. — **Tassi**. Enorma cistoma ovarico. *Bull. d. r. Accad. med. di Roma*. 1889-90, XI, 107. — **Volturiez**. De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. *J. d. s. m.* Lille, juin, 1890, 580. — **Werder**. Report on four cases of laparotomy, two cases of intraligamentous cyst, one dermoid cyst, and one removal of appendages, two of cases requiring hysterectomy. *St-Louis M. and S. J.*, 1890, LVIII, 271.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, SALPINGO-OVARITE, HÉMATOCÈLE. — **Abboth**. Note on some unusual cases of pelvic abcess. *Northwest Lancet*, St-Paul, 1890, 132. — **Barth**. De l'hématocèle utérine. *Gaz, Med. de Paris*, 1890, VII, 281. — **Bulius**. Die Kleincystische Degeneration des Eierstocks. *Verh. d. deutsch. Gesellch. f. Gyn.*, 1889, Leipzig, 1890, 337. — **Bumm**. Zur Aetiologie der Parametritis. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch f. Gyn.*, 1889, Leipzig, 1890, 65-68. — **Byrne**. A case illustrating the value of therapeutic measures in chronic and recurring pelvic cellulitis. *Am. J. of Obst.*, N.-Y., 1890, XXIII, 511. — **Dennetières**. Salpingite et ovarite suppurées. Laparotomie et ablation des organes malades. Guérison. *J. de s. méd.*, 19 sept. 1890, 277. — **Friekenhaus**. Ueber Ileus durch Parametritis erzeugt. *Frauenarzt*, Berl. 1890, V, 97, 145. — **Goodell (W.)**. Oophorectomy for adhesions and a pedunculated fibroid. *Med. age*. Detroit Michigan, 1890, p. 222. — **Kinloch**. Laparotomy for removal of the uterine appendages. *North. Car. M. J.*, Wilmington, 1890, XXV, 321. — **Lindsay Steven (J.)**. Case of hepatic abcess, secondary to severe pelvic peritonitis, following upon Salpingitis, without definitive symptoms during life. *Brit Med. Journ.*, Lond., 1890, p. 289. — **Noble**. Gonorrhœal salpingitis in its surgical aspects. *Med. et Surg. Reporter*. Philad., 1890, LXII, 601. — **Poulet**. De l'action résolutive du *simulo* contre la salpingo-ovarite aiguë ou subaiguë. *Bull. gén. de thérap., etc.* Paris, 1890, CXVIII, 447. — **Robson**. Uterus surrounded by abcesses removed by hysterectomy. *Med. Press et Circ.*, Lond., 1890, n. s. XLIX, 507. — **Robson**. Cases of pelvic abcess treated by abdominal section. *Med. Press et Circ*, Lond. 1890, XLIX, 421. — **Saintu**. Etude critique à l'application du curettage de l'utérus au traitement des salpingites. *Th. Paris*, 1889-90, n. 230. — **Terrillon**. De la salpingite blennorhagique. *Bull. méd.* Paris, 14 sept. 1890, n° 74. — **Thibault**. Sur la salpingite blennorrhagique. *Th. Paris*. 1889-90, n° 291. — **Wiedow**. Ueber Beckenabcesse. *Verh. der deutsch. Gesellch. f. Gyn.*, 1889, Leipzig, 1890, 235. — **Zatolotsky**. Contribution au traitement de l'hydropisie des trompes ovariennes (en russe), *Revue d'Obst. et de Gyn. de St-Pétersbourg*, juin 1890.

ORGANES URINAIRES. — **Abbot** Cases of cystitis treated with salol. *Boston med. and surg. Journal*, 1890, CXXIII, 57. — **Battistine**. Sulla presenza di elementi fecali nelle urine a proposito di un caso di fistola vesico-intestinale. *Bull. d. sc. med di Bologna*, 1890, I, 230. — **Claessen**. *Ueber die nicht puerperalen Urinfisteln des Weibes*. Bonn, 1889. — **Forster**. A case of urethro vaginal fistula and other injuries following childbrith, with operations. *Boston M. et S. Journ.*, 1890, CXXII, 519. — **Heyder**. Beiträge zur Chirurgie der weiblichen

Harnorgane. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXXVIII, Hft 2, p. 301. — **Janowski.** Endoskopische Beiträge zur Lehre von der Gonorrhoe der Weibes. *Wien. mediz. Presse*, 7 septembre 1890. — **Kehrer.** Ureterenscheidenfistel durch Anlegunge einer weiten Blasenscheidenfistel und kolpokleisis geheilt. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889, Leipz., 1890, 374. — **Macdonald.** Two cases of urinary calculus in the female. *Tr. Honkong M. Soc.*, 1889, I, 223. — **Thun.** Ueber den Verschluss der Scheide bei Blasen-Scheidenfisteln. Greisfwald, 1889. — **Timmer.** Over het aanleggen van een blaas-biulkfistel. 1 Bij. een geval van fistula vesico-vaginalis, fistula cervico-vaginalis et atresia urethræ, en 2 bij. een epispadiaca. *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.* Ams., 1890, XXVI, 633-641.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Atthill.** Cases in wich laparotomy was performed. *Med. Press. et Circ.* Lond., 1890, XLIX. 523 — **Dubut.** Sur un cas de kyste sanguin spontané du péritoine. *Th. Paris*, 1889-90, n° 352. — **Haupt.** Zur Diagnose der Echinococcen in weiblichen Becken. Im Auschluss an einen in der Greifswalder gynäkologischen Klinik beobachteten Fall von Echinococcus des Netzes. Greifswald, 1889. — **Robert T. Morris.** A rare abdominal tumor. *Int. Journ. of Surg.* N.-Y., 1890, p. 100. — **Olshausen.** Die Laparotomien der Universitäts-Frauenklinik in Berlin während der 3 Jahre, 1er mai 1887-1890. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XX, Hft 1, p. 219. — **Penrose.** Acute peritonitis from Gonorrhœa. *Medical News*, Philadelphia. 1890, LVII, 16. — **Piole.** Contrib. à l'étude du cancer rétro-péritonéal. *Th. Paris*, 1889-90, n° 303. — **Schewen.** Hydatis in pelvis. *Austral. med. gaz.*, 1889-90, IX, 134. — **Storchi.** Su tre operazioni di laparotomia. *Spallanzani.* Roma, 1890. XIX, 14. — **Tait (L.).** A contribution to the debate on the present position of abdominal surgery. *Med. Press. and Circ.*, Lond., 1890, XLIX, 419. — **Thiriar.** Fibromyxome de la paroi abdominale avec lésion du péritoine pariétal, adhérences avec le foie et le grand épiploon; section de ces brides, hémorrhagie hépatique; guérison. *Press. med. Belg.* Brux., 1890, XLII, 193. — **Werder.** Report of four cases of laparotomy. *The Americ.n Lancet.* Detroit Mich., 1890, XIV, 206.

TUBERCULOSE GÉNITALE. — **Griffith.** Tubercle of the ovaries. *Tr. Path. Soc.*, Lond. 1888-89, XL, 212. — **Matlakowski.** Tuberculosis utriusque oviductus; retroflexio fixata; périoophoritis, perisalpingitis, castratio, sanatio. *Gaz. lek.*, Warszawa, 1890, X, 537. — **Werth.** Ueber Genitaltuberkulose. *Verhand. d. deutsch. Gesellch. f. Gyn.*, 1889. Leipzig, 1890, 111.

VARIÉTÉS (Menstruation, troubles nerveux, opération de Battey, etc. — **Barton.** A successful Case of Batty's operation. *The Dublin med. J.*, septembre 1890, p. 193. — **Chevallereau.** Sur l'hémianopsie consécutive à des hémorrhagies utérines. *France méd.* Paris, 1890, I, 321. — **Cohn.** Uterus und Auge. Eine Darstellung der Funktionen und Krankheiten des weiblichen Geschlechtapparates in ihrem pathogenem Einfluss auf das Sehorgan, mit einem Vorwort von Dr Ernst Pflüger. Wiesbaden, 1890. — **Flesch.** Tödliche Lungenblutung während der Menstruation. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 37, p. 657. — **Jouin.** De l'albuminurie dans les affections de l'utérus, sa valeur séméiologique. *Pratique méd.*, Paris, 1890, IV, 157, 220. — **Mijulieff.** De l'influence de l'influenza sur la menstruation, la grossesse et les suites de couches. *Nouvelles arch. d'obst. et de gynéc.* Paris, V, 451. — **Model.** Schla-

flosigkeit bei Uterinleiden. *Therap. Monatsh.*, Berlin, 1890, IV, 240. — **Muller**. *Ein Beitrag zur Lehre vom menstrualen Irresein.* Greisfald, 1889. — **Ruggi**. Effeti diversi che ha l'operazione del Battey sulla nutrizione dell'utero. *Bull. d. sc. med. di Bologna*, 1890, 7, s., I, 85. — **Vander Veer**. She thought that it was her change of life. Reporting cases of uterine polypi, uterine cancer, inversion of the uterus, and subperitoneal fibroid. *Buffalo M. et S. J.*, 1889-90, XXIX, 715.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Chambrelent**. De l'accouchement par le front. *Rev. méd. de Toulouse*, 1890, XXIV, 139-144. — **Dickinson**. The time element in saving perineum. *New York Med. Journal*, 5 avril 1890, vol. LI, p. 371. — **Murray**. *Recherches sur la durée de la délivrance chez les primipares et les multipares.* Th. Paris, 1890.— **Ernst Saurenhaus**. Ueber die Menge des Fruchtwasser nach Ausstossung des Kindes. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft 1, p. 134. — **Herzfeld**. Ueber die Behandlung der Nachgeburtsperiode. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1890, XXXV, 267, 280. — **Hubert**. Positions occipito-postérieures. *Rev. méd.*, Louvain, 1890, IX, 40. — **Lusk**. Recent criticisms on the Credé method of placental expression. *Boston M. et S. J.*, 1890, CXXII, 453. — **Luster**. Brow presentation, its treatment as illustrated by a few cases in practice. *Peoria M. Month.*, 1889-90, X, 421. — **Tournay**. Du moyen de prévenir la déchirure médiane du périnée pendant l'accouchement. *Presse méd. belge*, Bruxelles, 1890, XLII, 241-246. — **Zweifel**. Beiträge zur Lehre vom Geburtmechanismus unter Demonstration von Gefrierdurchschnitten durch den Körper einer Höchschwangeren. *Cent. f Gyn.*, 1890, n° 33, p. 577.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Bayer**. Die Hypertrophie der Muskelfasern in graviden Uterus. Ein Beitrag zur Lehre vom unteren Segment und von der Placenta prævia. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889, Leipz., 1890, 265. — **Blanc**. Toxicité urinaire chez la femme enceinte. *Lyon méd.*, 1890, 553. — **Bumm**. Ueber Uteroplacentargefassë. *Verh. der deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1890, Leipz., 1890, 255. — **Eckardt**. Beiträge zur Anatomie der menschliche Placenta. *Zeit f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XIX, Hft 2, p. 193. — **Falaschi**. Diverse pseudocisti sierose sottocoriali nella placenta di un feto a termine. *Atti d. r. Accad. d. fisiocrit. di Siena*, 1889, I, 533. — **Faure**. Ueber den weissen Infarct der menschlichen Placenta. *Arch. f. path. Anat.*, etc. Berlin, 1890, CXX, 460. — **Hofmeier**. Zur Anatomie der Placenta. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889, Leipzig, 1890, 527. — **Romiti**. Sull' anatomio dell' utero gravido. *Monitore Zool. ital.*, Siena, 1890, I, 15. — **Saladino**. Esagerata secrezione pigmentaria per effeto della gravidanza. *Atti d. r. Accad. d. fisiocrit. di Siena*, 1889, I, 457. — **Schatz**. Ueber Placentæ vallatæ. *Verhand. der deutsch. Gesellsch. fur Gynäk.*, 1889, Leipzig, 1890, 259. — **Webster**. The disposition of the Public Segment in Pregnancy and in Labour. *Edinb. M. Journ.*, août 1890, p. 142.

APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Hoffman**. A plea for the general adoption of the axis-traction forceps. *Med. News*, Philad., 649.

— **Tarnier**. L'écarteur du col utérin. *Progrès méd.*, Paris, 1890, XI, 267.

DYSTOCIE. — **Ahlfeld**. Ein ankylotisch schräg verengtes Becken. *Verhand. d.deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889, Leipz., 1890, 283. — **Broom**. A case of facial presentation, complicated by the prolapse of both feet, both hands, and the cord. *Lancet*, Lond., 1890, I, 1298. — **Chaboux**. Dystocie par persistance de l'hymen. *Bull. Soc. de méd. de Rouen* (1889), 1890, III, 82. — **Coopman**. Ueber Rigiditat des Muttermundes als Geburtshinderniss. *Wien. Klin. Wchschr.*, 1890, III, 265. — **Braun**. Sectio cæsaræd nach Porro wegen eines Ostesoarkmos des Beckenausganges. *Setzungsb. d. Geburt. gynäk. Geselsch. in Wien.*, 1890, III, n° 2. Sectio cæsaræa nach Porro wegen Osteomalacie, *Ibid*. n° 2. — **Budin**. Tumeur sacro-coccygienne cause de dystocie; rupture du kyste pendant l'accouchement; ablation ultérieure de ses parois; existence d'une autre tumeur qui se développe régulièrement. *J. de méd. de Paris*, 1890, II, 377. — **Ferré**. Bassin rétréci. Accouchement prématuré provoqué à l'aide du ballon du Dr Champetier de Ribes, etc. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, septembre 1890, p. 173. — **Haven (George)**. A case of labor in a Robert's pelvis. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 24 avril 1890, CXXII, 397. — **Haven**. A case of labor in a Robert's pelvis. *Boston M. et S. J.*, 1890, CXXII, 397. — **Lesueur**. Tumeur fibreuse de l'utérus empêchant l'extraction du placenta après un accouchement d'un enfant mort-né. *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1889, LXIV, 614. — **Léopold**. Ueber den Durchtritt des kindes bei Placenta prævia *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889, Leipz., 1890, 273-281. — **Lomer**. Geburthindernis durch im kleinen Becken eingekeilte ovarientumorem. *Deutsch. med. Wchsch.*, Leipz., 1890, XVI, 259. — **Maher**. Pregnancy and successful delivery in a case of almost complete congenital atresia vaginalis. *Med. Rec.*, N.-Y., 1890, XXXVII, 560. — **Miller**. Face presentation, complicated by a spinal tumor; craniotomy. *Medical News*. Philad., 29 mars 1890, LVI, 340. — **Muret**. Ueber das Einpressen des Kindskofpes in das enge Becken. *Berl. Klin. Wchnschr.*, 1890, XXVII, 381-385. — **Thierry**. Cas rare de dystocie. *Bull. Soc. de méd. de Rouen*, 1890, III, 66. — **Varnier**. Des maladies du fœtus (hydrocéphalie) au point de vue de la dystocie, 1890. *Rev. prat. d'Obst. et d'Hyg. de l'Enfance*, juill., 193; août, 225; sept. (ascite), 193.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **B. Hart**. Note on the « term » position. *Edinb. m. Journ*, septembre 1890, p. 229. — **Lawson Tait**. A criticism on some recent utterances on Ectopic gestation. *Prov. med. Journ.*, Leicester, 1890, p. 194. — **Leopold und Pautzer**. Die Beschränkung der inneren und die Grosstmögliche Verwerthung der aüsseren Untersuchung in der Geburtshülfe. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVIII, Hft 2, p. 330. **Lefaure**. *De la nécessité d'un examen obstetrical précoce, pour éviter les présentations définitives de l'épaule et du siège*. Th. Paris, 1890.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Blacwood**. Laparotomy or electricity in extra-utérine pregnancy. *The Times and Register*. New-York and Philadelphia, 29 mars 1890, XX, p. 292. — **Bouilly**. Grossesse tubaire; laparotomie. *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1889, XV, 762. — **Engelmann**. Operation in the early stages of extra-utérine gestation. *Ann. Gynec. et Pædiat.* Philad., 1889-90, III, 376. — **Frommel**. Wiederholte Tubenschwangerschaft. *Deustch. med. Wchschr.* Leipz.,

1890, XVI, 494. — **Jahoda**. Graviditas extra-uterina durch laparotomie geheilt. *Sitzungsb. d. geb-gynäk. Gesellsch. in Wien*, 1890, III, n° 1. — **Lawson Tait**. A criticism on some recent utterances on ectopie gestation. *The provincial medical Journal*. Leicester, 1890. vol. IX. p. 194. — **Lebedeff**. Two cases of tubal pregnancy. *J. akush. I jensk. boliez.*, St-Petersb., IV, 49. — **Maggioli**. Quattro casi di gravidanza extrauterina. *Bull. d. r. Accad. med. di Roma*, 1888-89. X, 359. — **Olshausen**. Ueber Extrauterinschwangerschaft mit besonderer Berüchsichtigung der Therapie in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. *Deutsche med. Wchschr.*, Leipz., 1890, XVI, 145 ; 170 ; 190. — **Orthmann**. Ueber Tubenschwangerschaften in der ersten Monaten, mit besonderer Berüchsichtigung der pathologisch-anatomischen Befunde. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft 1, p. 143. — **Paolo Negri**. Di una gravidanza extra uterina curata e guarita con la laparotomia primaria. *Annali di ost. e ginec.*, sept., 1890, p. 573. — **Polaillon**. Grossesse tubaire ; rupture ancienne de la trompe, passage du fœtus dans le péritoine ; ablation du fœtus et de la trompe par la laparotomie ; guérison ; *Bull. Acad. de méd.*, Par., 1890, XXIII, 442-444. — **Schmidt**. *Ueber Graviditas extra-uterina*. Greifswald, 1889. — **Sutugin**. Hématocèle retro-utérine extrapéritonéale et grossesse extra utérine. *J. akush I jensk. boliez.* St-Petersb., 1889, III, 1889. — **Taylor**. Note on the early diagnosis of extra-uterine pregnancy. *Med. Press. et Circ.* Lond., 1890, XLIX, 474. — **Veit**. Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. *Verhand d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk*, 1889, Leipz., 1890, 158-175. — **Waldo Briggs**. Laparotomy for extra-uterine pregnancy. *The North American practitioner*. Chicago, février 1890, t. II, p. 76. — **Winckel**. Eine Patientin, bei welcher eine Tubarschwangerschaft der linken Seite bestanden hatte, und die Frucht durch zwei Morphiuminjektionen getödtet worden war. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889, Leipz., 1890, 12. — **Winckel**. Ueber den Durchbruch extra-uteriner Fruchtsäche in die Blase *Samml. klin. Vortr.*, Leipz., 1890, n° 2.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Green (Charles)**. A case of labor with triplets at full term *The Boston med. and surg. Journal*, 13 mars 1890, vol. CXXII p. 245.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Allard** *Des rapports des accidents infectieux du nouveau-né et en particulier de l'ostéomyélite avec l'infection puerpérale*. Th. Paris, 1890. — **Ballantyne**. The head of the infant at Birth. *Edinb. m. Journ*, août 1890, p. 97. — **Busey**. Vulvar or vaginal hemorrhage in the newly-born. *Am. J. of Obst.*, N.-Y., 1890, XXIII, 495-502. — **Hubbard**. The birth of a very small living child, *The New York med. Journal*, 3 mai 1890, vol. LI, p. 491. — **Mittendorf (W. F.** The succesful Removal of an anterior Encephalocele. *Medical Record*, N.-Y., 1890, II, 374. — **Polk**. Mania and multiple neuritis in pregnancy. *Med. Rec.*, N.-Y., 1890, XXXVII, 523. — **Ryan**. The treatment of infants born prematurely. *Indiana M. J.*, Indianap., 1889-90), VIII, 246. — **Ward**. Cephalhematoma of the new-born. *Med. et Surg. Reporter*, Philad., 1890, LXII, 546.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES — **Audry**. Du tamponnement intra-utérin après la délivrance en cas de placenta prævia. *Lyon méd.*, 1890, p. 75. — **Barton Cooke Hirst**. A substitute for post-mortem Cæsarean section. *Medical News*, Philadelphia, 24 mai 1890, vol. LVI, p. 561. — **Blanc**. De l'opération césarienne. *Arch. de toc.*, 1890, n° 7, p. 436. — **Blanc**. Du meilleur traitement de la plaie utérine dans

l'opération césarienne classique. *Gaz. des hôp.* Par., 1890, LXIII, 477. — **Bompiani**. Operazione cesarea conservatrice; madre et figlio salvi. *Riv. di ost. e ginec.* Torino, 1890, I, 65. — **Braun**. Laparotomie pour rupture de l'utérus. *Przegl. lek.*, Krakow., 1890, XXIX, 193; 207. — **Dickinson**. The Sheet-sling in forceps deliveries. *New York med. Journal*, 5 avril 1890, vol. LI, p. 380. — **Duke**. On additional traction in forceps cases as an alternative to craniotomy. *The Provincial medical Journal*. Leicester, 1er mai 1890, vol. IX, p. 270. — **Ensor**. A difficult case of turning rendered easy by placing patient in the genu-pectoral position. *Brit. m. J.*, London, 1890, I, 888. — **Fenari**. Un caso di operazione cesarea col methodo conservativo del prof. Inverardi di Padova. *Annali di Ost. e Ginec.*, sept. 1890, p. 575. — **Gouilliard**. Operation césarienne conservatrice. Guérison de la mère. Enfant vivant. *Lyon méd.*, 25 mars 1890, 405. — **Gillian**. The cæsarean operation. *N. Y. M. J.*. 1890, II, 516. — **Heinricius**. Ett fall of sectio cæsarea enligt Porro. *Finska läk sällsk. handl.* Helsingförs, 1890, XXXII, 232. — **Hirst**. A substitute for post mortem Cæsarean section. *Med. News.*, Philad., 1890, LVI, 561 — **Kleinwachter**. *Die Künstliche Unterbruchung der Schwangerschaft.* Vienne et Leipzig, 1890. — **Mangiagalli**. Due casi di taglio cesareo col metodo Poro per rare indicazioni. *Ann. di Ostet.*, Milano, 1890, XII, 215. — **Miller**. Application de forceps pour les présentations occipito, sincipito-postérieures. *J. Akush. j. jensk. boliez.* St-Petersb., 1890, IV, 109; 191. — **Negrisoli**. Operazione cesarea col metodo conservatore. *Raccoglitore med.* Forli, 1890, IX, 353. — **Negrisoli**. Operazione cesarea col methodo conservatore. *Annali di Ost. e Ginec.*, sept. 1890, p. 574. — **Piccinini**. — Due operazioni cesarea conservatrici. *Annali di Ost. e Ginec.*, sept. 1890, p. 521. — **Schrader**. Uber die operatinen Befugnisse der preussischen Hebammen. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 39, p. 693. — **Sippel (A.)**. Kastration bei Osteomalacie. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 33, p. 584. — **Stolipinsky**. Zur Technik der Operation des Kaiserschnittes. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 35, p. 626. — **Sutugin**. — Traitement du cancer de l'utérus pendant la grossesse et la délivrance. *Vrach* St-Petersb., 1890, XI, 225 ; 255. — **Tarnier**. Basiotripsie. *J. d. sages-femmes.* Par., 1890, XIX, 33; 41; 49; 57; 66. — **Tarnier**. De l'application du forceps dans la présentation des fesses. *Rev. obstét. et gynéc.* Par., 1890, VI, 179-182. — **Tournay**. Deux applications du basiotribe de Tarnier. *Clinique*, Brux, 1890, IV, 213. **Treub**. La technique de l'accouchement provoqué. *Arch. de toc.*, 1890, nº 7, p. 417. — **Varnier (H.)**. L'opération césarienne à l'Institut obstétrical de Dresde. *Gaz. hebd.*, Paris, 1890, p. 158. — **Veit**. Zur Lehre vom Kaiserschnitt. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889, Leipz, 1890, 244. — **Von Swiecicki**. Ein Beitrag zum Prochownick'schen Ersatze der Künstlichen Frühgeburt. *Wien, med. Bl.*, 1890, XIII, 339.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Adams**. Hernia of the pregnant uterus. *The Wath. Obst. et Gynec. Soc.*, 1887-89, 194-217. — **Arthur Gage**. A case of Eclampsia. *The Boston. Med. of Surg. Journal*, 20 mars 1890, vol. CXXII, p. 275. — **Auvard**. Mort du fœtus pendant la période d'expulsion causée par la rétraction du col utérin sur le cou de l'enfant. *Arch. de toc.*, 1890, nº 7. p. 646. — **Ayers (Ed. A.)**. Studies in the decidua and retained membranes of the ovum. *Medical Record*,

12 avril 1890, p. 490. — **Ballenghien**. Accouchement provoqué dans la dernière quinzaine de la grossesse. Version par manœuvres externes. Application de forceps sur la tête, présentation secondaire de la face. Version par manœuvres internes, tentatives d'extraction par la méthode de Champetier de Ribes et la manœuvre de Prague, décollation, application du céphalotribe sur la tête. *J. de Sc. méd. Lille*, 22 août 1890, p. 189. — **Batuaud**. Des varices de la vulve au point de vue obstetrical. *Pratique méd.*, Paris, 189, IV, 193. — **Bernière** (**Mme**). *De l'albuminurie puerpérale*. Th. Paris, 1890. — **Brossard**. *Traitement des ruptures de l'utérus pendant le travail de l'accouchement*. Th. Paris, 1890. — **Büngner**. Ueber intra partum entstandene Unterschenkel-frakturen. *Wien. Med. Wchschr.*, 1890, XL, 1106. — **Chassagny**. De la défense du périnée et de l'accélération du dernier temps de l'accouchement. Dernière simplification de l'appareil. *Lyon méd.*, 13 avril 1890, 515. — **Chantemesse**. L'infection puerpérale. *Progrès méd.*, Paris, 1890, XI, 241; 369. — **Dylion** (**Mme**). *De l'insertion vicieuse du placenta, essai de clinique thérapeutique*. Th. Paris, 1889-90. — **Duncan**. Laceration of the vagina in labour. *Tr. Obst. Soc Lond*, 1890, XXXI, 236. — **De Lauradour**. *Contribution à l'étude des lésions du foie dans l'éclampsie puerpérale*. Th. Paris, 1890. — **Ehrhardt et A. Faure**. Recherches cliniques et bactériologiques sur une épidémie bénigne de diphthérie puerpérale à la Maternité de Paris. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, septembre 1890, p. 532. — **E. Clark**. Puerperal Eclampsia. *Medical Standard*. Chicago, mars 1890, vol. VII, p. 67. — **Fehling**. Therapie des Puerperal fiebers, speciell der allgemein Sepsis. *Med. chir. centr.* Wien, 1890. XXV, 322. — **Fehling**. Ueber Selbsinfection. *Verh. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889, Leipz., 1890, 47. — **Fehling**. Vorstellung einer osteomalacischen, durch Kastration geheilten Kranker. *Verh. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1889, Leipz., 1890, 125. **Flaischlen**. Ueber Hyperemesis gravidarum. Bd XX, Hft 1, p. 81. — **Fourrier**. *Du traitement et des indications opératoires des affections dentaires pendant la grossesse*. Th. Paris, 1889-1890. — **Glasi**. Intorno adun caso di embolismo nel puerperio. *Riv. veneta di sc. med.* Venezia, 1890, XII, 462. — **Gördes**. Schwangerschaft und Neubildung. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft 1, p. 100. — **Greenley**. Case of septicemia resulting from abortion and retained placenta. *Am. Pract. et News*. Louisville, 1890, IX, 259. — **Hanshalter**. Recherches bactériologiques dans quelques cas d'infection puerpérale. *Rec. méd. de l'Est*. Nancy, 1890, XXII, 174; 216; 241. — **Hégar**. Zur puerperalen Infection und zu den Zielen unserer modern Geburtshilfe. *Samml. Klin. Vort.*, Leipz, 1889, nº 351. — **Herman**. A case of tetany in pregnancy, with nephritis and cancer of the pylorus; remarks. *Lancet*, 1890, I, 749. — **Horrocks**. Rupture of uterus. *Tr. Obst. Soc. Lond.* 1890, XXXI, 228. — **Johnson**. Abortion and its effects. *Maryland M. J.*, Balt., 1890, XXIII, 21. — **Julius Soloweitschijk**. A case of transverse presentation. *New York med. Journ.*, 5 avril 1890, vol LI, p. 379. — **Kakuschkin**. Rupture de l'utérus pendant le travail. *J. akush. I jensk. boliez.* Saint-Pétersbourg, 1890, IV, 132. — **Kaltenbach**. Ueber Selbsinfektion. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1889, Leipzig, 1890, 31. — **Kehrer**. Fall von Porro's Sectio cæsarea wegen Uterus-Ruptur. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1889, Leipzig, 1890, 8. — **Kramer**. *Zur Lehre von den Puerperal Psychosen.*, Berlin. 1890. — **Leblond**. Note sur cinq cas d'éclampsie. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, septembre 1890, p. 518. — **Lewers**.

— Abstract of a clinical lecture on the diagnosis and treatment of hydatidiform mole, with note of three cases. *Lancet*, Londres, 1890, I, 953. — **Martin**. Case of localised purulent peritonitis in a pregnant woman *Prov. M. J.*, Leicester, 1890, IX, 273. — **Möbius**. Beitrag zur Lehre von der Neuritis puerperalis. *München med. Wchschr.*, 1890, XXXVII, 247. — **Negri**. Per lo studio dei rapporti reciproci fra malaria e puerperio. *Riv. veneta di sc. med.* Venezia, 1890, XII, 355. 360. — **Nelson** Sterility from a miscarriage. *Med. and Surg. Reporter*. Philadelphie, 1890, LXII, 509. — **Pellisson**. *Procidences du cordon ombilical méconnues*. Th. Paris, 1889-1890. — **Pinard**. Conduite à tenir dans les cas d'insertion vicieuse du placenta. *Union méd.*, Paris, 1890, L, 13-17. — **Polk (William M.)**. Mania and Multiple Neuritis in Pregnancy. *Medical Record*, N.-Y. 10 mai 1890, p. 526. — **Rémy**. Anterversion et antéflexion de l'utérus gravide, période d'expulsion. *Arch. de toc.*, 1890, n° 9, p. 644. — **Rémy**. Présentation du siège. Emploi des porte-lacs. *Arch. de toc.*, 1890, n° 7, p. 452. — **Rivet**. Note sur un cas de syphilis placentaire. *J. de méd. de Paris*, 1890, II, 329. — **Rosewater**. Puerperal eclampsia. *Medical Standard*, Chicago, mai 1890, vol. VII, p. 133. — **Shaw**. Puerperal eclampsia. *Medical Standard*, Chicago, mai 1890, vol. VII, p 137. — **Thibaudet**. Sur les conséquences éloignées d'une endocardite puerpérale. *J. des sc. méd.*, Lille, 22 août 1890, p. 181. — **Tronchet**. Eclampsie chez une primipare, présentation du siège, mort. *Poitou méd*, Poitiers, 1890, IV, 97. — **Vandenabeele**. Transmission de la fièvre puerpérale par les sages-femmes, de la possibilité d'exclure temporairement de la pratique obstéricale les sages-femmes ayant transmis l'infection. *Bull. Soc. de méd. prat. de Paris*, 1890, 312. — **Warner (Frank)**. A case of placenta prævia centralis. *Medical Record*, N.-Y., 12 avril 1890, p. 408. — **Voituriez**. De la polyurie gravidique. *J. d. sc. méd. de Lille*, 1890, I, 457.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Auvard**. De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique. *Arch. de toc.*, 1890, n° 7, p. 458, 577. — **Battlelner**. Ueber das insbesondere von den Hebammen bei Gebärenden auszuführende antiseptische Verfahren und die dabei zur Verwendung kommenden Mittel. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1889, Leipz., 1890, 72. — **Blechmann**. Traitement des gerçures, crevasses et fissures du mamelon chez les femmes allaitant au moyen de la baudruche. *J. d. mal. cutan. et syph.* Par., 1889-90, I, 299. — **Dührssen**. Der Einfluss der Antiseptis auf geburtshülfliche operationen und die hieraus resultirenden Aufgaben der modernen Geburshülfe. *Berl Klin. Wchschr.*, 1890, XXVII, 505, 537. — **Faivre**. *Considérations critiques sur l'emploi des injections intra utérines après l'accouchement*. Nancy, 1890. — **Hurd**. Antiseptic Midwifery. *The med. Age*, Detroit Mich., 1890, LVI, 581. — **Lusk**. Antiseptis in midwifery. *Med. News*, Philad., 1890, LVI, 561. — **Mendelssohn (Mme)**. *Contribution à l'emploi de l'iode en obstétrique*, Th. Paris, 1890. — **Mermann**. Ueber Entbehrlichkeit und Gefahren innerer Desinfektion bei normalen Geburten. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.*, 1889, Leipzig, 1890, 76. — **Tschaeche**. *Ueber Prophylaxis der Puerperalfiebers*. Greifswald, 1889.

TÉRATOLOGIE. — **Raineri**. Un feto mostruoso in gravidanza complicata da idramnios acuto. *Annali di Ost. e Ginec. Milano*, mars 1890, 260.

VARIÉTÉS. — **Dührssen**. *Geburtshülfliches Vademecum für Studirende und Aertze*. Berlin, 1890. — **Haake**. Compendiun der Geburtshilfe. *Zum Gebrauche für Studirende und Aerzte*. 4e éd. Leipzig, 1890.

NÉCROLOGIE

James Matthews Duncan.

James Matthews Duncan, le plus brillant représentant de l'Obstétrique anglaise contemporaine est mort le 1er septembre dernier à Baden-Baden, à l'âge de 64 ans.

Né à Aberdeen en 1826, il fit ses études médicales à Édimbourg. Reçu docteur en 1846, il vint suivre pendant six mois les cours de l'École de Paris, puis rentra en 1849 à Edimbourg où James Simpson se l'attacha pendant quatre ans comme assistant privé. Fellow du Collège royal des médecins (1851), médecin puis consultant de l'hôpital royal des Enfants-Malades, professeur libre d'obstétrique et de gynécologie (1853), médecin des femmes à l'Infirmerie royale (1861), Duncan, doué d'une extraordinaire activité, trouve le moyen de mener de front avec une clientèle déjà très étendue des recherches expérimentales et de nombreuses publications qui, en 1870, le font désigner par l'opinion publique comme successeur de James Simpson à l'université d'Édimbourg. Mais Simpson laissait un neveu et Duncan ne fut pas nommé.

Il ne perdit rien pour avoir attendu, car sept ans plus tard il était appelé à Londres comme accoucheur de St-Bartholomews Hospital et professeur d'obstétrique à l'école du même nom.

Son succès à Londres fut rapide et complet, et il devint successivement membre du Collège royal des médecins, des Sociétés royales de Londres et d'Edimbourg, du conseil général de médecine, médecin honoraire de l'Université de Dublin, examinateur d'obstétrique à Oxford, Cambridge et Londres.

Travailleur acharné, très érudit, grand brasseur d'idées, raisonneur infatigable plus qu'observateur rigoureux et expérimentateur avisé, Duncan laisse comme principaux travaux :

1866. Fécondité, fertilité, stérilité.

1868. Recherches d'obstétrique.

1869. Traité pratique de la périmétrite et de la paramétrite.
1870. De la mortalité puerpérale dans les maternités.
1879. Études sur le périnée de la femme.
Leçons cliniques sur les maladies des femmes (rééditées en 1883, 1886, 1889).
1884. Stérilité des femmes.
et surtout 1875. Contribution à l'étude du mécanisme de l'accouchement normal et pathologique.

L.-A. Neugebauer.

Quelques jours après la terminaison du congrès de Berlin, où il venait de faire une communication, L.-A. Neugebauer est mort subitement d'une attaque d'apoplexie.

Né en 1821 à Dojutrow, L.-A. Neugebauer commença à Dorpat ses études médicales qu'il termina à Breslau. Il les compléta par des séjours prolongés à Paris, à Vienne et à Berlin. Chirurgien-accoucheur de l'hôpital de la Trinité à Kalisch dès 1850, il fut appelé en 1857 à la chaire d'anatomie de Varsovie, qu'il abandonna quelques années plus tard pour celle d'obstétrique et de gynécologie. Encyclopédiste, L.-A. Neugebauer a écrit de nombreux mémoires sur les sujets les plus variés. On lui doit un modèle de spéculum assez complexe pour l'opération des fistules vésico-vaginales, un forceps, un modèle de cathéter à demeure, etc. : ses travaux sur les procédés anaplastiques destinés à combattre le prolapsus utérin sont connus de tous les gynécologues. Il laisse un fils, François Neugebauer, qui suit ses traces et s'occupe des maladies des femmes avec le même succès.

Le gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

PROCÉDÉ POUR L'OCCLUSION DES FISTULES RECTO-VAGINALES

Par M. **Le Dentu**, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté.

La difficulté du traitement des fistules recto-vaginales a été reconnue depuis longtemps. De nombreux insuccès ont amené les chirurgiens à renoncer à la suture simple précédée d'un avivement plus ou moins large et à se rallier au procédé qui a été préconisé en France par le professeur Richet, puis plus tard en Allemagne par Simon. Ce procédé consiste à fendre le périnée et la cloison recto-vaginale jusqu'à la fistule et à pratiquer ensuite la suture de la fistule avivée et de toutes les parties sectionnées, comme s'il s'agissait de réparer une déchirure complète du périnée.

A coup sûr, l'idée est excellente, et je n'ai nul désir de la combattre, après l'avoir adoptée et mise en pratique; mais il faut avouer que, dans le cas d'une petite fistule recto-vaginale (et ce cas est le plus fréquent), l'opération est en disproportion avec la lésion; d'autre part, quand on a affaire à une fistule située très haut dans le vagin, on doit hésiter à fendre la cloison recto-vaginale sur une grande hauteur, car le succès, en pareille circonstance, devient problématique. Si donc on avait à sa disposition un procédé moins compliqué que la périnéoraphie totale, et plus sûr que la

suture directe après avivement, on serait en mesure de faire l'occlusion des fistules recto-vaginales avec des garanties de simplicité et de succès que ne donnent pas les procédés employés jusqu'à ce jour.

Je crois avoir trouvé la solution du problème. Un cas récent où j'ai obtenu la guérison complète m'autorise à le dire et à exposer sans retard le procédé que j'ai imaginé.

La fistule, oblongue dans le sens vertical, ayant environ 4 millimètres sur 3, était située à deux centimètres de la fourchette; mais pour bien en reconnaître la situation, il fallait développer la cloison recto-vaginale au moyen d'un doigt introduit dans le rectum. La malade, âgée de 36 ans, la portait depuis plus de huit ans; elle avait eu depuis lors quatre enfants. Les conditions de la fistule que j'avais déjà examinée, il y a huit ans, ne s'étaient pas modifiées sous l'influence de ces quatre derniers accouchements. Elle laissait très fréquemment passer des gaz, mais les matières fécales ne la traversaient guère que lorsqu'elles n'avaient pas leur consistance normale.

Le périnée était déchiré partiellement, mais pas assez pour que la périnéoraphie s'imposât. La malade désirait d'ailleurs subir l'opération la moins importante possible; diverses raisons, dont il est inutile de parler, me firent renoncer à la restauration complète du périnée, mais pour éviter un échec à peu près certain si je me bornais à aviver même largement les bords de la fistule, et à en faire la réunion, je m'arrêtai, après réflexion, à un procédé autoplastique que j'appellerai : *majutoplastie par glissement, à lambeaux superposés et à disposition valvulaire.*

L'explication de cette dénomination ressortira de la description suivante :

1° Introduire dans le rectum l'index de la main gauche revêtu d'un gant de caoutchouc. Cette précaution permet de se servir de ce même index dans le cours de l'opération sans risques d'infection de la plaie. La cloison recto-vaginale, refoulée vers le vagin et largement développée,

se présente dans de bonnes conditions pour les sections et dissections nécessaires. Ce refoulement pourrait être obtenu par d'autres moyens. Le doigt d'un aide, ou mieux un petit ballon de Petersen modérément distendu remplirait le même office, mais avec cette différence que le chirurgien se rend mieux compte, avec son propre doigt, de l'épaisseur de la cloison et de la marche de ses dissections. Voilà pourquoi l'emploi du gant de caoutchouc est peut-être préférable à toute autre chose.

2° Avec un bistouri à bonne pointe, tracer d'abord l'incision courbe ABC (fig. 1), en passant à plus d'un centimètre au-dessus de la fistule, puis l'incision AF'C, en rasant le bord inférieur de la fistule. Ces deux incisions ne doivent pas dépasser l'épaisseur de la muqueuse du vagin. Aviver cette muqueuse dans toute l'étendue du croissant circonscrit par les incisions ABC et AF'C.

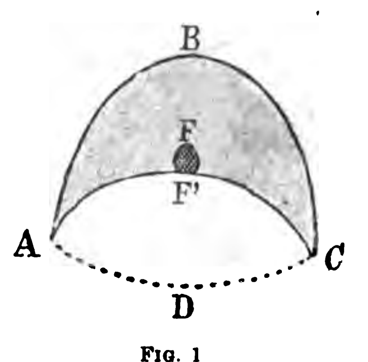


Fig. 1

3° Disséquer la muqueuse vaginale de haut en bas, à partir de l'incision AF'C, jusqu'à une ligne représentée sur les figures 1 et 2 par un pointillé ADC. Le point D de cette ligne courbe, représentant la base du lambeau disséqué, devra se trouver à un bon centimètre au-dessous de la fistule, de façon à ce que la distance F'D soit au moins égale à la distance BF'.

4° Le lambeau AF'CD étant renversé vers l'anus, le chirurgien a sous les yeux une large surface avivée, formée d'une part par l'avivement ABCF' (fig. 1) fait aux dépens de la muqueuse vaginale, et d'autre part par la surface qu'a mise à nu la dissection du lambeau AF'CD. Le reste de l'opération consiste essentiellement à faire remonter ce lambeau et à l'adapter par sa face cruentée à la surface avivée

ABCF ; mais si l'on se contentait de ce glissement, on créerait vers la base de ce lambeau une sorte de cul-de-sac dans lequel s'accumuleraient les matières passant par la fistule. Il est donc de toute nécessité de supprimer ce cul-de-sac ; on y arrive par le temps que voici :

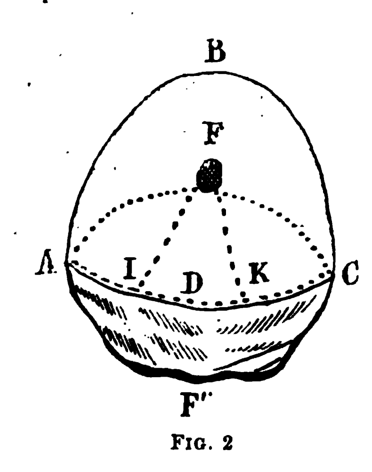


Fig. 2

5° Avec des ciseaux, supprimer le triangle FIK (fig. 2) taillé aux dépens des tissus situés au-dessous de la fistule. Débrider de chaque côté le lambeau postérieur sur la moitié des lignes AI et KC. De cette façon, le rectum est largement ouvert au-dessous de la fistule et il n'existe plus de cul-de-sac entre elle et la base D du lambeau ADCF' (fig. 3). Il reste à placer les sutures. Ce temps demande un soin particulier. Il faut avoir sous la main une dizaine de fils d'argent ou de soie assez fins, enfilés par leurs deux extrémités à des aiguilles également assez fines, et offrant une courbure moyenne. Suivant l'étendue de la fistule, il faut s'attendre à utiliser de 5 à 8 de ces fils, davantage si ses dimensions sont très considérables. Ces fils se placent de la manière suivante :

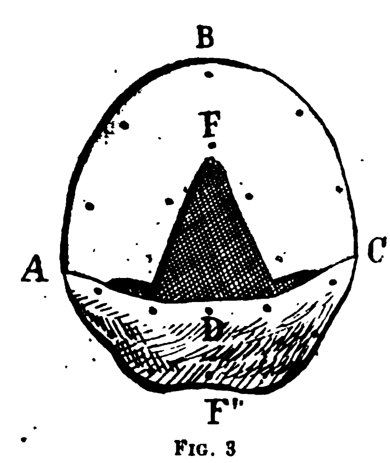


Fig. 3

6° Avec l'aiguille portant l'une des extrémités d'un fil, pénétrer dans le point B du lambeau supérieur, taillé aux dépens de la muqueuse rectale, et sortir en F, après avoir

fait cheminer le fil dans l'épaisseur du lambeau, autant que possible sans entrer dans le rectum. Traverser ensuite les points D (base) et F' (sommet) du lambeau inférieur avec chacune des deux aiguilles. (fig. 4.)

En tirant sur les deux extrémités du fil et en refoulant en arrière le lambeau inférieur, on adapte sa face postérieure cruentée à la face antérieure également cruentée du lambeau supérieur. Il suffit, pour maintenir l'adaptation, de fixer les deux extrémités du fil au moyen de deux tubes de Galli dont on écrase le plus superficiel, mais il faut avoir soin de ne pas serrer du tout. Autrement, par suite de la tuméfaction des lambeaux, les tubes de Galli se perdraient dans leur épaisseur et pourraient en déterminer l'ulcération et la perforation.

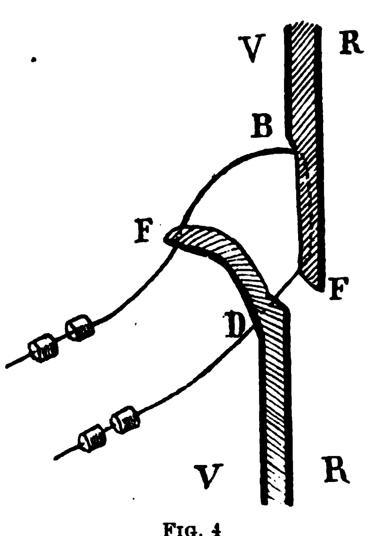


Fig. 4

On pourrait encore tordre les fils sur un petit bourrelet de gaze iodoformée interposé entre leurs extrémités libres, sur la face antérieure du lambeau inférieur (fig. 5). En tout cas il faut rejeter entièrement la torsion des fils directement par-dessus le lambeau, sans interposition de gaze iodoformée, de façon à éviter le froncement qui aurait pour résultat de diminuer les surfaces d'affrontement. L'emploi des tubes de Galli, ou la torsion par-dessus un petit bourrelet de gaze, assure l'étalement de ces surfaces, et augmente ainsi les chances de succès.

Tous les fils sont placés successivement de la même façon.

Une fois les sutures terminées, le lambeau inférieur recouvre entièrement le lambeau supérieur. La fistule est com-

plètement supprimée, et la muqueuse rectale, qui forme la face postérieure du lambeau supérieur débordant un peu la ligne de réunion du côté du rectum, constitue une petite valvule sur laquelle les matières glissent tout naturellement vers l'anus. Elles ne peuvent avoir aucune tendance à remonter vers le vagin, en s'insinuant entre les lambeaux.

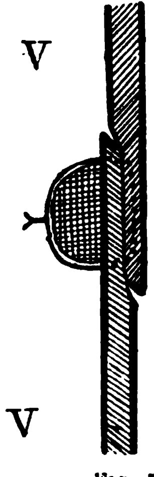


FIG. 5

J'ai enlevé les fils le quatrième et le cinquième jour, chez mon opérée, parce que de petites ulcérations commençaient à se former au niveau des tubes de Galli de la rangée inférieure. La réunion était déjà complète. Ma malade m'a dit avoir senti passer des gaz en très petite quantité à 2 ou 3 reprises, le premier jour et après l'ablation des fils, mais cette particularité ne s'est pas reproduite. Elle est donc entièrement guérie.

Soins préliminaires et consécutifs. — Pansement. — Il faut donner une purgation à la malade la veille de l'opération et lui faire prendre un grand lavement le soir. Le jour de l'opération, un grand lavement à l'eau bouillie sera suivi d'un lavement à l'acide borique.

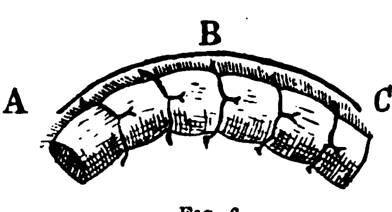


FIG. 6

Je crois inutile de réduire notablement la quantité des aliments pendant les jours qui précèdent l'opération ; mais la malade devra choisir des aliments très digestibles et très faciles à assimiler.

Des injections vaginales antiseptiques seront faites au moins pendant 3 jours avant l'opération. Si la malade avait des flueurs blanches abondantes, il faudrait la soumettre à

un traitement préliminaire général ou local avant de tenter l'opération. Une nouvelle injection antiseptiqne sera faite par le chirurgien lui-même au moment d'agir. J'emploie et je recommande une solution de sublimé à 1 pour 2000. La même solution sera employée pour les lavages pendant l'opération.

Comme pansement, de petites mèches d'une gaze antiseptique pénétrant un peu dans le vagin et enveloppant les fils, méritent la préférence. On les renouvellera à chaque injection vaginale. Ces injections vaginales sont nécessaires une ou deux fois par jour, à partir du second jour, surtout chez les femmes qui ont de la tendance à avoir des flueurs blanches. Il faudra étancher avec soin le vagin et la vulvo au voisinage des fils.

L'époque à laquelle ceux-ci doivent être enlevés ne peut être fixée d'une manière rigoureuse à un jour près. Chez ma malade, j'en ai coupé 3 après 4 jours pleins, et le lendemain même, je la débarrassais des 2 autres ; c'est que les tubes de Galli commençaient à s'enfoncer dans la base du lambeau inférieur. On peut dire qu'en moyenne il ne faut pas attendre plus de 5 à 6 jours. On ne doit pas oublier que les tissus sur lesquels portent les sutures n'ont qu'une médiocre vitalité ; c'est pourquoi j'ai recommandé de ne serrer les fils que juste assez pour assurer la coaptation des lambeaux.

Le point capital, dans les soins consécutifs, c'est de régler les garde-robes pendant la période où les fils sont encore en place. J'estime qu'il faut en provoquer une au deuxième et au quatrième jour après l'opération. C'est tout de suite après l'ablation des fils qu'il faut provoquer une courte constipation de 3 jours. Pendant ce temps, la coaptation des lambeaux se consolide, et quand une nouvelle garde-robe a lieu vers le septième ou huitième jour, la suture est mieux en état de résister à la pression des matières et aux faibles efforts de défécation déterminés par l'action du laxatif. Celui auquel je donne la préférence est l'huile de ricin à la dose de 8 à 10 grammes (2 à 3 cuillerées à café, ou 8 à 10 petites capsules, de celles qui contiennent à peine un gramme d'huile).

Contre-indications. — L'opération qui vient d'être décrite ne peut convenir à tous les cas. Les conditions qui en contre-indiquent l'application sont : la situation trop élevée ou trop basse de lafistule, ses grandes dimensions, le défaut d'épaisseur de la cloison.

Si elle occupe un point trop élevé de la cloison recto-vaginale, l'avivement, la dissection du lambeau inférieur, le passage des fils, pourraient offrir des difficultés insurmontables. Si elle est trop voisine de la fourchette, il ne reste plus assez de place entre elle et le périnée pour qu'on puisse détacher un lambeau convenable. Ce procédé n'est donc pas applicable aux fistules recto-vulvaires proprement dites.

D'autre part, si l'on a affaire à une très grande fistule, le succès devient beaucoup moins facile à obtenir ; mais, comme en général les fistules recto-vaginales, d'origine obstétricale ou opératoire, ont de petites dimensions, l'opération resterait praticable même si la fistule avait plus de quelques millimètres. Naturellement il faudrait augmenter les dimensions de la surface d'avivement, en hauteur et en largeur, et donner au lambeau une étendue proportionnelle.

Enfin, si le sujet a une déchirure partielle du périnée, mais avec conservation d'une cloison recto-vaginale très mince, la dissection d'un lambeau cesse d'être possible.

Dans les cas où le procédé décrit ci-dessus n'est pas applicable, il faut avoir recours à celui du professeur Richet. sectionner la cloison, aviver la fistule, pratiquer la périnéoraphie. On doit le recommander encore, même lorsque le mien est exécutable, chez les malades qui, ayant une déchirure assez étendue du périnée qu'elles pourraient garder à la rigueur, consentent à courir les chances d'une opération plus complète.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES CALCULS VÉSICAUX CHEZ LA FEMME ET EN PARTICULIER DE LA DILATATION DU COL DE LA VESSIE CHEZ LA FEMME

Par **G. Phocas**, professeur agrégé à la Faculté de Lille.

I. — Historique.

Depuis longtemps on a pratiqué la dilatation pour extraire des calculs et des corps étrangers de la vessie de la femme. Cette méthode ne s'est cependant généralisée que dans ces derniers temps. P. Hybord dans sa thèse n'a pu rassembler que quelques cas de dilatations faites dans ce but (1). M. Le Dentu dans son excellent traité des voies urinaires (2) s'exprime ainsi : « L'étude des procédés d'extraction de la pierre chez la femme est encore si peu avancée que nous aimons mieux ne pas reproduire les statistiques bien connues des thèses d'Hybord et de Rogie ».

Dernièrement nous avons eu l'occasion d'observer un calcul chez une femme, calcul qui fut expulsé spontanément après une dilatation faite par nous. Nons avons cru intéressant de reprendre la question de la dilatation et de l'étudier à l'aide des observations que nous avons pu rassembler.

On trouvera un historique complet de la dilatation de l'urèthre chez la femme dans une thèse récente de M. Estrabaud inspirée par M. Monod (3). La méthode ne paraît pas avoir été inconnue des Grecs, elle était pratiquée chez les Égyptiens, mais ce fut à partir du XVIe siècle que les renseignements sur ce mode opératoire sont devenus plus nombreux et plus précis. Marianus Sanctus disait, en 1526, que

(1) *Des calculs chez la femme et les petites filles.* Th. Paris, 1872.

(2) Voillemier et Le Dentu, t. II, p. 694.

(3) Estrabaud. *De la dilatation de l'urèthre chez la femme.* Th. Paris, 1889.

« chez les femmes on est obligé de tailler rarement parce qu'elles sont peu sujettes au calcul et qu'il suffit pour l'extraire, quand il est d'un volume médiocre, de dilater le canal ».

La dilatation de l'urèthre est appelée la *méthode ordinaire* par Colet, et Méry l'appelle aussi la méthode *commune*. Tolet dans son traité de lithotomie (1708) dit qu'il n'est pas croyable combien l'urèthre se dilate tant aux hommes qu'aux femmes. Deschamps (1796) fait l'historique de la question et se déclare adversaire de la dilatation à cause de l'incontinence de l'urine qui la suit, « infirmité dégoûtante, fâcheuse et communément incurable chez les femmes d'un certain âge », dit Dupuytren (1). A. Cooper préconise cependant la dilatation en 1822 et cite quelques observations à l'appui. Depuis Cooper les anglais paraissent avoir conservé la dilatation qui est tombée en désuétude en France. C'est ainsi que Bryant (2) et Coulson s'en déclarent partisans ainsi que Heath (3). Ce dernier dans une leçon clinique conseille de recourir à la dilatation digitale.

En France, Simonin de Nancy (4) porte la dilatation jusqu'à 24 mill. et conseille d'y recourir dans les cas de calcul et de corps étrangers. Il trouve la crainte de l'incontinence illusoire et dit même avoir observé la cessation de ce symptôme après la dilatation. Il paraît que M. Reliquet aurait donné les mêmes préceptes un an avant (1871) dans son traité sur les opérations des voies urinaires. Mais il n'est pas moins vrai qu'ils passèrent inaperçus.

En Allemagne, Simon de Heidelberg fait paraître un mémoire sur la dilatation de l'urèthre (5). Ce mémoire est écrit

---

(1) Dupuytren. Th. Concours chaire méd. opér., 1812.

(2) *The Lancet*, 1864, vol. I, p. 578.

(3) *Med. Tim. and Gaz.*, 1874, et *The Lancet*, 1875.

(4) *Mém. de la Soc. de méd. de Nancy*, 1871-72, p. 218 et *Revue méd. de l'Est*, 1881.

(5) *Arch. f. klin. Chir.* de Langenbech, 1875. Herrgott de Nancy a donné la traduction de ce mémoire dans un article. *Annal. de gynécol.*, 1876.

par Wolt, élève de Simon. Plusieurs thèses ont été soutenues sur le même sujet en France. Nous avons déjà cité celle de Paul Hybord. En 1877, citons celle de Rogie. En 1882 la thèse de Flottard (1), l'année suivante la thèse d'agrégation d'Etienne (2) dans laquelle l'auteur a réuni 55 observations de dilatation de l'urèthre. En 1886 paraît la thèse de Curtil (3) qui ne contient pas de nouvelles observations. Enfin celle d'Estrabaud (1889) déjà citée. Dans les excellentes thèses de Pousson (4) et d'Hartmann (5) la question de la dilatation de l'urèthre est traitée. Pousson réunit 33 observations de dilatation faites dans le but d'extraire des tumeurs de la vessie; Hartmann résume la bibliographie de la question et donne un tableau de 46 cas de dilatation de l'urèthre faites pour combattre les douleurs de la vessie. Dans la thèse d'agrégation de Kirmisson (1883) on trouvera aussi de précieuses indications.

La Société de chirurgie s'est occupée deux fois dans ces derniers temps de la question. Nous signalerons en 1881 une discussion à laquelle prirent part Terrillon, Desprès, Sée, Cruveilhier, etc., et, en 1887, un rapport très remarquable de Pozzi sur une observation de Cauchois (6), où l'auteur, après avoir rapporté l'observation de Cauchois, donne une observation personnelle déjà publiée dans la *Gaz. méd. de Paris*, et ayant trait à un calcul de 38 millim. retiré de la vessie par la dilatation.

Parmi les travaux français signalons, outre le mémoire d'Herrgott, le travail de Monod (7), le second volume du traité Voillemier et Le Dentu, l'article Taille du *Dictionnaire*

(1) Dilat. du canal de l'urèthre chez la femme. Th. Montpellier, 1882.

(2) Parallèle des différentes tailles vésicales, Th. Agrég., 1883, Paris.

(3) Calculs vésicaux chez la femme, 1886.

(4) POUSSON. *De l'intervent. chir. dans le trait. et le diag. de la tumeur de la vessie*, 1884. Th. de Paris.

(5) HARTMANN. *Cystites douloureuses et leur traitement*. Th. Paris, 1887.

(6) *Bull. Soc. de chir.*, t. XIII, p. 494.

(7) *Ann. des maladies génito-urinaires*, 1885.

de médecine et de chirurgie pratiques, écrit par Bouilly, l'article Cystotomie de Chauvel dans le *Dictionnaire encyclopédique* et les traités classiques. Heydenreich a publié dans la *Semaine médicale* une revue de la question (1). L'auteur de cette revue donne la préférence à la dilatation toutes les fois que la largeur du calcul ne dépasse pas 2 cent 1/2 à 3 centim.

Winckel (2), en Allemagne, est arrivé récemment aux mêmes conclusions.

II. — De l'expulsion spontanée des calculs vésicaux chez la femme.

Il est reconnu depuis longtemps qu'une terminaison heureuse de la lithiase vésicale chez la femme est l'expulsion spontanée des calculs.

L'expulsion a lieu tantôt par les voies naturelles et le calcul sort à travers l'urèthre dilaté, tantôt à travers la cloison vésico-vaginale que le calcul ulcère et perfore. Ces deux modes d'expulsion spontanée ont dicté la conduite chirurgicale quand il s'est agi de retirer artificiellement la pierre de la vessie. La méthode de dilatation imite l'expulsion spontanée par l'urèthre.

L'expulsion spontanée est d'autre part assez fréquente, à juger par les nombreuses observations qu'on pourrait rassembler. Dans la thèse d'Hybord on trouve un tableau de 14 observations de calculs spontanément expulsés. Parmi ces observations 6 ont trait à l'expulsion des calculs par la voie vaginale; elles ne nous intéressent pas pour le moment. Nous y ajouterons le récent fait communiqué par Mouchet à la Société de chirurgie (3). Il reste 8 observations de calculs expulsés par la voie uréthrale. 3 fois cette expulsion fut

(1) *Sem. méd.*, 1887, p. 273. Trait. des calculs vésicaux chez la femme.

(2) *Deutsche Chirurg.*, 1885.

(3) MOUCHET. *Bull. Soc. de chir.*, 1883.

suivie d'incontinence d'urine. Dans un cas (Clauder), le calcul pesait 12 onces, dans l'autre (Ségalas, *Gaz. des hôpit.*, 1836), il pesait 3 onces 1/2. Le plus remarquable de ces faits a été publié dans la *Gazette des hôpitaux* (1841). Il concerne une vieille fille de 80 ans, qui dans l'espace de 3 ans rendit plus de 500 petits calculs. L'incontinence d'urine qui s'ensuivit fut d'abord complète ; elle diminua avec le temps. Un grand nombre d'observations ont été réunies par Bryant (1). M. Estrabaud dans sa thèse donne le résumé de 34 observations de ce genre.

A ces faits connus, nous ajouterons les suivants qu'une bibliographie nous permet de réunir.

1) Byrne (*Dublin Q. J. m. S.*, 1863, p. 186-188), femme enceinte de 7 mois, a expulsé spontanément un calcul. Pas d'incontinence ; la grossesse arrive à terme.

2) Obs. de Vollebrun rapportée par Guéniot (*Bull. Soc. chir.*, 1871, t. II, p. 261), femme âgée de 70 ans, après avoir souffert quelques mois de douleurs dans la vessie et des difficultés d'uriner a expulsé spontanément par l'urèthre un calcul de 6 gr. 60, de forme ovalaire, du volume d'une amande. La guérison s'en est suivie. Pas d'incontinence d'urine.

3) M. Folet présenta à la Société de médecine du Nord 2 calculs provenant de la vessie d'une femme de 71 ans, qui les a rendus spontanément à la suite de quelques douleurs. Pas d'incontinence d'urine (*Bull. méd. du Nord*, 1873).

4) Aveling rapporte le fait d'une femme atteinte de rétention d'urine 4 jours après son accouchement. 3 semaines après la malade expulsait spontanément un calcul. Incontinence pendant 15 mois (*Ann. de gynéc.*, 1883).

5) Howkins Walters (*ibidem*, 1883) rapporte un fait en tout semblable au précédent.

6) Barbieri. Cas remarquable de calcul urinaire de la gros-

(1) *The Lancet*, vol. I. 1864.

seur d'un œuf de poule naturellement expulsé chez une femme de 54 ans. (*Bull. des sc. méd. de Bologne*, 1839).

7) Rayé. Sortie spontanée d'un calcul assez volumineux par l'urèthre (*Bull. Soc. med. de Gand.*, 1840).

8) Nunn. Plusieurs calculs sphériques ayant passé par l'urèthre (*Tr. Path. Soc.* London, 1865).

9) Bergioni. Calculs vésicaux expulsés spontanément chez une fille de 4 à 5 ans (*Imparziale*. Florence, 1871).

10) Bruisma. Élimination spontanée d'un calcul vésical volumineux (*Bull. Soc. méd. de Gand*, 1873).

De ces faits il résulte que l'expulsion spontanée des calculs vésicaux chez la femme est un fait qui n'est pas rare. Il peut se produire à tous les âges, aussi bien chez les petites filles que chez les très vieilles femmes. D'après les observations l'expulsion des calculs serait même plus fréquente aux deux extrêmes de la vie. On n'en trouve que très peu à l'âge adulte. Cela s'explique par le relâchement des fibres musculaires du col de la vessie et de l'urèthre aux deux extrêmes de la vie. On a observé aussi assez fréquemment l'expulsion de calculs pendant la grossesse et l'accouchement. Nous avons recueilli cinq observations de ce genre. Dans une seule de ces observations l'expulsion de calcul eut lieu pendant l'accouchement (Smellie. *Deutsch Chir.* 62 livr.). La tête de l'enfant sortit en poussant la pierre, grosse comme un œuf d'oie qui fut ainsi expulsée spontanément. Il se produisit une incontinence d'urine incurable. Les deux autres faits ont trait à des femmes enceintes, l'une de 7 mois (Byrne) l'autre de 6 mois (*Bull. thér.*, 30 mars 1863).

Dans les deux faits il y eut expulsion d'un calcul après quelques efforts et une certaine rétention d'urine. Nul doute que le voisinage de l'utérus gravide n'ait influencé, par action réflexe, la vessie et n'ait imprimé à cet organe jusque-là tolérant pour le calcul, une activité qui s'est traduite par l'expulsion spontanée de la pierre. Enfin, dans deux autres observations citées ci-dessus (4 et 5) ce fut après l'accouchement qu'il est survenu une rétention d'urine, suivie au

bout de quelques semaines de l'expulsion spontanée du calcul.

On peut donc conclure que la grossesse et l'accouchement peuvent avoir pour effet, en imprimant une suractivité à la vessie contenant un calcul, de provoquer l'expulsion spontanée de ce dernier.

On a souvent dit que l'incontinence d'urine était fréquemment observée à la suite de l'expulsion spontanée des calculs.

Dans les faits que nous avons pu rassembler cet accident n'est pas très souvent noté. Nous le trouvons signalé 5 ou 6 fois. Souvent l'incontinence est passagère. Pour juger de la valeur de cet accident dans l'expulsion spontanée de calculs il faudrait prendre en considération trois facteurs principaux, à savoir : 1° le volume du calcul expulsé ; 2° le mode rapide ou lent de l'expulsion ; 3° l'état antérieur des voies urinaires.

Il est établi par l'expérimentation (Hybord, etc.) et par la clinique que les calculs dont le diamètre dépasse 3 à 4 cent. ne peuvent traverser l'urèthre et le col de la vessie sans provoquer des lésions graves dans ces parties et sans provoquer par conséquent l'incontinence permanente de l'urine.

Ces expulsions spontanées de calculs ont lieu surtout brusquement à la suite d'une rétention d'urine et de l'effort du liquide accumulé derrière l'obstacle et poussé par les contractions du corps vésical, tantôt lentement par suite d'une dilatation graduelle et de longue main des voies urinaires. Dans ces derniers cas, le calcul pénètre peu à peu et dilate à mesure le canal de l'urèthre avant de le franchir complètement. L'expulsion spontanée dure alors 7 ou 8 jours. Dans le premier cas, le calcul dilate brusquement les voies et peut y occasionner des lésions plus ou moins graves, subordonnées du reste à son volume et à la force d'expulsion mise en jeu par le corps de la vessie. Dans le second, il s'agit d'une dilatation lente analogue à celle que les chirurgiens ont faite en introduisant des tiges de laminaire dans le canal de l'urèthre.

Enfin, il est certain que l'urèthre d'une vieille femme ou d'une toute petite fille est déjà affaibli dans sa musculature avant l'expulsion du corps étranger. Il n'y a rien d'étonnant à ce que l'incontinence d'urine se prolonge dans ces conditions.

On peut s'expliquer de la même façon les autres accidents signalés à la suite de l'expulsion spontanée, l'hémorrhagie, la rupture de l'urèthre et la fistule vésico-vaginale.

Le but de la chirurgie est de régulariser cette expulsion spontanée, de faire en sorte qu'elle ne soit ni trop rapide ni trop lente et d'éviter ainsi les accidents qui y sont inhérents.

Ces résultats sont atteints par la dilatation brusque et graduelle de l'urèthre qu'il nous reste à étudier. (*A suivre.*)

NOTES SUR UNE SÉRIE DE VINGT-CINQ SECTIONS PÉRITONÉALES

par le Dr **Ch. Audry**, interne des hôpitaux de Lyon.

Du 1er mai au 1er août 1890, il a été pratiqué à la Clinique une série de 25 sections péritonéales graves dont nous donnons la statistique intégrale. Les résultats obtenus sont des plus satisfaisants. C'est pourquoi nous avons cru utile de faire connaître, brièvement d'ailleurs, la manière de faire à laquelle s'est arrêté, en général, M. le professeur Laroyenne. Le lecteur remarquera facilement que, dans la mesure du possible, on tend surtout, ici, à ramener la technique opératoire à son maximum de simplicité.

Il est bien entendu que les résultats que nous donnons sont seulement les résultats opératoires immédiats.

Sur ces 25 sections péritonéales, 5 ont été pratiquées par la voie vaginale ; 20 sont des laparotomies.

I. — *Opérations par la voie vaginale.*

1 résection du fond de l'utérus inversé par un fibrome. 1 guérison.

4 hystérectomies totales pour cancer. 4 guérisons.

II. — *Laparotomies.*

1 laparotomie exploratrice pour carcinose péritonéale d'origine ovarienne. 1 guérison.

1 hystéropexie pour prolapsus. 1 guérison.

1 extirpation d'un énorme fibrome intraligamenteux. 1 mort (shok) (1).

1 laparotomie pour hématocèle incisée et drainée. 1 guérison.

1 ablation d'une récidive de kyste de l'ovaire greffée sous le foie. 1 guérison.

5 ovariotomies pour tumeurs kystiques (2 grands kystes. 3 petites tumeurs). 5 guérisons (1 de ces ovariotomies pratiquée pendant une grossesse de 2 mois ne l'a nullement interrompue).

1 extirpation d'un cancer en chou-fleur des 2 ovaires. 1 guérison.

5 oophorectomies doubles. 5 guérisons.

1 ablation unilatérale des annexes. 1 guérison.

3 ablations totales des annexes. 3 guérisons.

Soit un total de 25 opérations avec 1 seul décès.

Accidents observés.

1 malade a succombé au shok, 18 heures après l'extirpation d'un énorme fibrome développé dans le ligament large gauche dont il fallut l'énucléer.

1 malade a présenté consécutivement à une hystérectomie vaginale des accidents infectieux graves dont elle a pourtant triomphé. Elle avait été insuffisamment préparée.

2 opérées ont eu autour des fils de la paroi des suppurations bénignes rapidement et spontanément guéries.

Local. Table. — Toutes les opérations sont faites dans la salle très modeste où s'effectuent en d'autres jours les consultations gratuites, les pansements, etc. La lumière y est satisfaisante. Il faut avouer que par l'encombrement des

(1) V. *Lyon méd.*, 1890, juin.

rayons, des placards, son plancher en bois, etc., elle ne répond pas du tout aux exigences actuelles. La température s'y règle facilement. Elle possède 2 lavabos, 3 récipients pour les solutions et 2 becs de Bunsen dont 1 est allumé en permanence.

On a 2 lits d'opérations.

Le premier est simplement l'un des lits d'examen ordinaire. Il est constitué par une planche portée sur 4 pieds de bois assez élevés. C'est dire qu'il est extrêmement primitif.

Les jours d'opération, le matelas de toile cirée qui le recouvre est soigneusement lavé et recouvert de draps stérilisés à l'étuve.

Le second lit, réservé aux petites tumeurs du bassin, aux ablations d'ovaires et d'annexes est une petite table de 1 m. sur 0,60 environ, également faite d'une planche sur 4 pieds en bois ; il est relativement bas.

Le matelas qui le recouvre est beaucoup plus épais au niveau du bord où doit porter le siège de la malade, de telle sorte que la tête de celle-ci est beaucoup moins élevée que son bassin, et que la cavité de ce dernier est ainsi facilement éclairée.

Quand il s'en sert, l'opérateur se met à côté de la femme, et non entre les cuisses.

Opérateur et aides. — Le professeur, M. Laroyenne, le chef de clinique, M. le Dr Gouilloud, l'interne. L'externe fait l'anesthésie, 2 sœurs sont chargées du service des éponges et des fils.

Avant chaque opération, le vêtement et la calotte du chef de service, les sarraux des aides sont stérilisés à l'étuve.

Pour se désinfecter les mains, l'opérateur n'emploie jamais que les grands lavages à l'eau bouillie et du savon ordinaire. Pendant l'opération, comme auparavant, il se rince les mains dans de l'eau bouillie fréquemment renouvelée ; jamais il ne se met en contact avec un antiseptique actif.

Les aides ont d'ordinaire recours aux grands lavages et au sublimé à 1 0/00.

Pendant l'opération, on se sert d'eau bouillie, et on évite constamment de mettre le péritoine en rapport avec des solutions antiseptiques.

Instruments. — Tous les instruments sont désinfectés soigneusement, par l'un des aides, à la flamme du bec de Bunsen. Cette désinfection précède immédiatement chaque opération. Pendant cette dernière, ils sont conservés et lavés dans l'eau bouillie ; aussitôt que l'on a quelque doute sur leur propreté, on les repasse à la flamme.

Fils. — On emploie des catguts chromiques et des fils de soie.

Les catguts chromiques sont conservés dans l'alcool au sublimé (1 0/00).

Les fils de soie portés dans l'étuve à une température variant entre + 110° et + 120° ; ils trempent dans le sublimé à 1 0/00 pendant 2 ou 3 heures avant l'opération.

Éponges. — Les éponges sont d'abord lavées dans l'eau bouillie et savonneuse, puis rincées dans une solution phéniquée faible, 25 0/00, jusqu'à ce que cette dernière sorte tout à fait limpide à la pression. On les tient ensuite pendant une semaine au moins dans la solution phéniquée forte à 50 0/00.

Avant chaque opération, et pendant tout le temps de cette dernière, elles sont soigneusement rincées et lavées dans l'eau bouillie, de telle sorte que l'acide phénique soit à peu près complètement éliminé.

Préparation de la malade. — Elle est purgée pendant les 2 derniers jours ; elle a été préalablement envoyée aux bains.

Une première toilette est faite la veille de l'opération (rasage, etc.).

Le matin du jour, on procède à un premier grand lavage de tout le ventre avec la brosse, le savon et une solution de sublimé. On sèche la peau et on la dégraisse à l'éther. Puis on couvre tout le ventre et le haut des cuisses avec de la gaze stérilisée, toute humide de sublimé au 1 0/00. Ainsi toute la région baigne pendant une demi-heure au moins

dans une solution de sublimé toujours récemment préparée.

Au moment de l'incision, la paroi est soigneusement séchée.

L'anesthésie est toujours obtenue avec l'éther et précédée de l'injection de morphine et atropine.

Pendant l'opération. — Nous donnerons seulement quelques indications relatives à 3 points : la toilette du péritoine, son drainage, la suture de la paroi.

La *toilette du péritoine* est toujours aseptique et sèche. Jamais on ne lave le péritoine. On se contente d'essuyer minutieusement tous les coins déclives souillés ou suspects de la région. On ne se sert que des éponges rincées à l'eau bouillie et complètement exprimées. Quelquefois, après la chute de liquides infectieux dans la séreuse, on essuie d'abord avec une première éponge un peu humide. Inutile de dire que cette toilette est exécutée avec une extrême attention.

Ajoutons que, dans les hystérectomies vaginales, on s'abstient également de faire pénétrer des liquides dans le ventre. Cependant, autant que possible, on pratique les premiers temps de l'opération sous un jet continu d'eau bouillie ou de sublimé extrêmement dilué.

Le plus rarement possible on établit *un drainage* du péritoine; il a été pratiqué dans 2 de nos 25 cas (ablation d'annexes, extirpation de cancer de l'ovaire). Toujours on a employé la gaze iodoformée en lanières glissées dans un sac, à la façon de Mickulicz.

Généralement, on ferme la paroi par 3 plans *de sutures:* un surjet pour le péritoine; un plan pour les aponévroses, un plan pour la peau. On se sert du catgut.

Après les grandes ovariotomies on a recours à la vieille suture enchevillée faite avec des fils métalliques.

Pansement. — Il est réduit à un peu de poudre d'iodoforme, de gaze iodoformée, et à une couche de coton maintenue par un bandage de corps. S'il y a un tampon de Mickulicz, on ajoute une feuille de gutta-percha. On enlève les fils

superficiels au 10e jour et on fait aussitôt porter à la malade une ceinture constituée par une large pelote antérieure et médiane solidement maintenue.

Nous avons peu de choses à ajouter à ce qui précède. On a vu avec quelle simplicité, quelle sobriété d'antiseptiques l'on peut opérer. Cette manière de faire se rapproche sensiblement de celle des laparotomistes anglais. Ainsi, elle conserve son efficacité dans les milieux les plus primitifs que l'on puisse imaginer.

DE L'OVARIOTOMIE PENDANT LA GROSSESSE (1)

Par le Dr **Otto Engstrom**, professeur agrégé à Helsingfors.

(*Suite.*)

Obs. I. — *Kyste de l'ovaire droit, 4e mois de la grossesse.* — M. J..., 23 ans. Menstruation, commencée à l'âge de 13 ans, revenue régulièrement chaque mois avec une durée de 5 à 6 jours, accompagnée les deux premiers jours d'une forte douleur. En janvier 1884, la malade fit une fausse couche dans le deuxième mois; elle remarqua alors une tumeur mobile de la grosseur du poing, remuant, parfois dans le bassin, où elle ne pouvait la sentir par palpation, parfois dans la région de l'ombilic. A la fin d'août, cette femme redevint grosse; les dernières règles avaient eu lieu au milieu du même mois. La tumeur a augmenté depuis et n'est déjà plus dans le bassin, elle se meut en haut, contre le foie, et cause à la patiente un sentiment d'angoisse dont elle se délivre en repoussant la tumeur vers l'hypogastrium par une pression des mains.

État actuel. 26 novembre 1884. — Utérus mou, grossi, mobile, dont le fond est à deux doigts au-dessus de la symphyse pubienne. La partie vaginale de l'utérus est molle. Ouverture externe de l'utérus petite, avec deux petites coupures sur les lèvres. Dans l'abdomen une tumeur ovale, mobile, non douloureuse, fluctuation insensible, de la grosseur d'une tête d'enfant; placée plutôt du côté droit, mais dont une partie dépasse toujours la ligne médiane du ventre. La patiente est un peu pâle, assez maigre. Pas de trou-

(1) Voir les *Annales de Gynécologie*, octobre 1890.

ble dans les fonctions intestinales ni dans l'expulsion des urines. Seins légèrement gonflés, avec un commencement de sécrétion lactée ; aréoles brun foncé. Ligne blanche fortement pigmentée. — Diagnostic de la grossesse.

Le 2 décembre 1884, fut exécutée l'*ovariotomie* (dans la section de Mlle R. Heikel, à la maison des Diaconesses) après les préparatifs ordinaires. Incision de quatre doigts le long de la ligne blanche au-dessus du nombril. La tumeur mobile fut d'abord attirée vers cet endroit où elle fut fixée, après avoir été saisie par l'extérieur. Ponction à l'aide d'un gros trocart ; contenu du kyste clair et de couleur jaune pâle. La tumeur est un kyste multiloculaire prolifère, avec de nombreuses ruptures de vaisseaux sanguins sur ses côtés et provenant de l'ovaire droit. Pédicule large, très court, tordu d'un tour entier sur son axe avec de nombreux et larges vaisseaux qui sont en communication directe avec de semblables vaisseaux dans le ligament large droit ; les ligatures durent être faites jusqu'à l'utérus même : 3 partielles et une ligature circulaire de soie ; le pédicule est renfoncé. Toilette du bassin faite avec précaution : rien n'a coulé dans la cavité abdominale. Conduite prudente vis-à-vis de la matrice gravide, et surtout grande attention à la ligature du pédicule afin d'éviter toute tension. La plaie de l'abdomen est recousue par des sutures profondes et par d'autres superficielles en soie. — L'opération, fort troublée par des vomissements, a duré 45 minutes. Bandage de gaze iodoformée, compression moyenne du bas-ventre.

Après le sommeil chloroformique aucun vomissement. La première après-midi, on fit à l'opérée de fortes injections sous-cutanées de morphine, le lendemain elle prit 25 gouttes de teinture d'opium. Aucun symptôme de travail d'accouchement n'a paru. Marche de la guérison tout à fait régulière. Température maximum (1er jour au soir) 37°,9 C., les autres jours jamais plus de 37°,5 C. Maximum du pouls 84. Les sutures ont disparu de la plaie le 9 décembre. Guérison par première intention. Le 15 l'opérée se lève.

Le 25 mai 1885, l'opérée accouchait à la maison d'accouchement de Helsingfors d'une fille vivante, du poids de 8 livres (3k,400 gr). L'accouchement a été normal ainsi que les couches.

(Cas rapporté à la séance de la *Société médicale* du 31 janvier 1885.)

Obs. II. — *Kyste de l'ovaire droit. 2me mois de la grossesse.* — L. K... Règles, apparues à l'âge de 16 ans, sont toujours revenues régulièrement avec une durée de 6 jours ; pas de dysménorrhée. La patiente s'est mariée à l'âge de 25 ans, et depuis elle a accouché de 7 enfants vivants, nés à terme, le dernier le 25 juillet 1884 ; aucune fausse couche. Les couches normales, excepté les dernières. Pendant la dernière grossesse, l'abdomen était plus volumineux et plus dur qu'à l'ordinaire, aussi crut-on à la présence de jumeaux ; après la naissance de l'enfant, l'abdomen était encore si grand que la sage-femme en attendait un second ; ce fut en vain. Le lendemain de l'accouchement la femme fut prise d'une forte fièvre et de douleurs dans l'abdomen accompagnées de météorisme, et fut contrainte de garder le lit sept semaines. Après son rétablissement le Dr Staudinger fit le diagnostic d'une tumeur dans l'abdomen. Les règles reparurent pour la première fois avant l'accouchement le 2 décembre et durèrent jusqu'au 8 ; elles revinrent ensuite le 28 décembre 1884 et durèrent jusqu'au 4 janvier 1885 ; depuis cette époque elles furent supprimées.

État actuel. 25 janvier 1885. — La malade est de taille moyenne, pâle et de complexion assez faible. Utérus un peu grossi, recourbé en arrière et pressé en bas contre le fond du bassin, se mouvant un peu de côté ; l'abdomen est bombé par une tumeur ronde, oscillante, non mobile, descendant profondément dans le bassin, dépassant en haut le nombril de quatre doigts et occupant presque toute la largeur de l'abdomen. Distance de l'épine iliaque antérieure supérieure droite à l'ombilic, 24 cent. ; de l'épine iliaque antérieure supérieure gauche, 25 cent. ; de la symphyse pubienne au nombril, 25 cent; de l'appendice xiphoïde au nombril, 16 cent. La plus grande circonférence de l'abdomen, 97 cent. La paroi abdominale est très peu mobile au-dessus de la tumeur; pas d'œdème à cette paroi ni ailleurs. On n'avait pas songé à la possibilité d'une grossesse.

Le 29 janvier 1885, l'*ovariotomie* fut entreprise dans une maison privée. Incision sur la ligne médiane ; couche de tissus extraordinairement ferme et sans différenciation prononcée ; c'est pourquoi l'on coupa par mégarde la paroi du kyste adhérente à la paroi abdominale. L'incision fut d'abord prolongée jusqu'à la symphyse, mais sans aucune possibilité de séparer le kyste de la paroi abdominale. Lorsque l'incision fut prolongée vers le haut

jusqu'à 2 doigts au-dessus du nombril, on réussit à pénétrer directement dans la cavité abdominale. Le contenu du kyste avait été auparavant presque complètement vidé, en partie à l'aide d'éponges, après avoir percé une partie des cloisons. Par l'extrémité supérieure de la plaie on put ensuite, mais avec un assez fort déchirement, détacher la paroi antérieure du kyste de la paroi abdominale ; l'adhérence était extrêmement intime et s'étendait bien d'une largeur de main de chaque côté de la ligne blanche, et depuis la symphyse jusqu'à 2 doigts au-dessus du nombril ; quelques grands vaisseaux sanguins furent tordus ; du reste, l'épanchement de sang s'arrêta de lui-même.

La partie supérieure du kyste avait en outre des adhérences avec l'épiploon sur toute sa largeur, c'est pourquoi il fut ligaturé par de nombreuses ligatures de soie enjambant les unes sur les autres. Le pédicule tordu de deux tours sur son axe, fut ligaturé avec trois ligatures partielles et une entière, puis il fut renfoncé. Pour la suture de la plaie, on pratiqua de profondes sutures de soie de sorte qu'elles comprenaient bien 2 centim. de la membrane péritonéale restée, et par suite une certaine tension, quoique cependant faible, se produisit sur l'enveloppe abdominale. Bandage de gaze iodoformée avec compression du bas-ventre.

La tumeur est un kyste prolifère à parois épaisses et avec de nombreuses hémorrhagies, à contenu en partie liquide, de couleur café, en partie coagulé, caillots de sang gris brun.

La malade se remet bientôt de cette grave opération. La guérison marche admirablement, la température maximum sous l'aisselle est de 37°,8 C. le lendemain ; maximum du pouls, 88. L'opérée se lève le 10 février et retourne chez elle par le chemin de fer deux jours après. Son mari avait déclaré un peu avant son départ que le dernier coït avait dû avoir lieu le 8 janvier et qu'il supposait la malade enceinte.

D'après des renseignements postérieurs, donnés par le mari de l'opérée, aucune hémorrhagie ne s'était produite, et la femme était grosse. Le 28 octobre, elle accoucha heureusement d'un gros garçon vivant, du poids de 12 livres (5 kil. 100 gr.). Les couches normales.

(Cas rapporté à la séance de la *Société médicale* du 7 novembre 1885.)

Obs. III. — *Kyste parovarien gauche. 2e mois de la grossesse.*

— E. B..., 37 ans. Menstruation commencée à l'âge de 19 ans, revenue toujours irrégulièrement, rarement chaque mois, ordinairement à des intervalles d'un mois et demi à deux mois, avec une durée de 4 à 6 jours; toujours de fortes douleurs lombaires avant les règles. La patiente s'est mariée à 25 ans; elle a eu d'abord deux fausses couches dans le deuxième mois de la grossesse, puis elle accoucha de cinq enfants vivants nés à terme, le dernier, le 25 octobre 1884, et enfin fit une fausse couche dans le 2e mois, le 5 novembre 1886. Les couches sans complications au moins graves. La patiente a allaité tous ses enfants pendant plus d'un an. Après la dernière fausse couche, elle eut constamment des pertes de sang qui n'ont cessé que depuis deux jours; il y a quatre jours on lui donna du fer et du seigle ergoté.

État actuel. 15 décembre 1886. — La malade est pâle, un peu maigre. Utérus recourbé en avant, mobile, insensiblement grossi. Partie vaginale de l'utérus lacérée des deux côtés jusqu'à la voûte du vagin, un peu hyperhémiée. Ouverture externe de l'utérus non érodée; sécrétion plus grande et muqueuse. La partie la plus basse des parois vaginales antérieure et postérieure sort un peu par l'entrée du vagin. A gauche et derrière l'utérus, tout en bas du bassin, se trouve une tumeur mobile, fort douloureuse, de la grosseur d'un petit œuf de poule.

La malade continue à prendre du seigle ergoté et du fer. Règles du 8 au 15 janvier 1887, flux considérable. Le 21 janvier, on lui donna de la teinture de fer. Elle reprend des forces.

Le 14 février, la tumeur se trouvait derrière la symphyse, de la grosseur et de la forme d'un gros œuf de poule, mais ayant à son extrémité une protubérance aplatie de la grosseur d'une petite noix. On sent que la tumeur a une consistance solide; elle reste toujours mobile, mais sans pouvoir se déplacer au-dessus du plan de l'entrée du bassin. Aucune apparition de sang depuis le milieu de janvier. La malade est probablement enceinte.

Comme la tumeur a considérablement grossi, l'extirpation est résolue.

Le 17 février 1887, l'*opération* eut lieu dans ma clinique privée Incision sur la ligne médiane d'une grandeur suffisante pour permettre d'introduire trois doigts dans la cavité abdominale et de saisir la tumeur. D'abord, au toucher direct, on reconnait que c'est un kyste rempli de sérum. Après un examen plus minutieux

on trouve qu'elle manque de pédicule propre, qu'elle s'est développée dans le ligament large, et qu'elle est située en dehors et en bas de l'ovaire, son extrémité se trouvant près de celui-ci. On put néamoins former un court pédicule. Celui-ci fut ligaturé avec de la soie en deux portions, tout en ménageant l'ovaire ; la partie périphérique de la trompe de Fallope, intimement liée au kyste, dut par contre être comprise dans le pédicule nouvellement formé. Pour avoir la partie nécessaire du tissu périphérique depuis les ligatures, le kyste fut dépouillé de la partie de l'enveloppe péritonéale la plus voisine de celles-ci. Le pédicule fut renfoncé. L'ovaire droit est normal, et présente un corps jaune sain. Utérus un peu grossi et mou. Les intestins étaient fort injectés près de l'incision, on ne remarqua aucune inflammation et aucune trace d'écoulement dans la cavité abdominale. La plaie fut recousue comme à l'ordinaire. L'opération avait duré 30 minutes. Bandage de gaze iodoformée.

Le kyste extirpé était de la grosseur et de la forme d'un gros œuf de poule, uniloculaire, à parois minces et diaphanes, à contenu albumineux, clair comme de l'eau.

Le 5e jour au matin, la température était de 38°,7 C., les autres jours, jamais plus de 38° C. Maximum du pouls, 96. Marche de la guérison régulière. Guérison de la plaie par première intention. Le 3 mars, l'opérée se levait et quittait la clinique trois jours après.

Les règles ne reparurent pas, et le 28 mars l'opérée fit une fausse couche dans le 3e mois.

(Cas référé en partie à la séance de la *Société médicale* du 26 février 1887.)

OBS. IV. — *Tumeur dermoïde de l'ovaire droit. Troisième mois de la grossesse.* — V. K..., 33 ans. Menstruation commencée à l'âge de 16 ans ; depuis cette époque les règles sont revenues régulièrement chaque mois, avec une durée de 7 jours. Il y a un peu plus d'un an, elle commença à souffrir d'une endométrite fongueuse pour laquelle je la soigneai (à la curette). Les règles qui avaient été irrégulières pendant la maladie, revinrent régulièrement après le traitement ; les dernières ont duré du 6 au 13 octobre 1887. Forts vomissements pendant les deux dernières semaines. J'avais fait le diagnostic d'une tumeur de l'ovaire lorsque je la traitai, il y a plus d'un an ; le kyste était alors de la grosseur du poing. Elle

ne voulait pas alors qu'on fît l'opération, mais à présent qu'elle se croit enceinte, elle désire être opérée.

État actuel. 6 décembre 1887. — Utérus mou, à courbure normale en avant, grossi comme au troisième mois de la grossesse, mobile, non douloureux. Attenant au côté droit du corps de l'utérus, une tumeur ronde de la grosseur d'une tête d'enfant, mobile et de consistance assez ferme; ligne blanche brun foncé ainsi que les aréoles. Sécrétion lactée dans les seins. La grossesse ne paraît pas douteuse. La tumeur avait en outre gagné en grosseur.

Le 7 décembre 1887 l'*ovariotomie* fut entreprise dans ma clinique privée. Incision sur la ligne blanche presque jusqu'au nombril. La tumeur provenant de l'ovaire droit est jaunâtre et se trouve être de nature dermoïde. Elle est sortie en entier par la plaie. Son pédicule, à la formation duquel la trompe de Fallope ne participe pas, est large d'une main ; il est ligaturé avec deux ligatures partielles et une ligature circulaire de soie, tout en observant de ne pas produire de traction. Aucune toilette de l'abdomen. La plaie est recousue comme à l'ordinaire. L'opération a duré 45 minutes. Bandage de gaze iodoformée avec faible compression.

Kyste uniloculaire contenant des masses pileuses et de la graisse aussitôt figée.

L'opérée souffrit pendant les deux premiers jours de vomissements continuels. On lui administra, le premier jour, une seule fois, et le deuxième jour deux fois, 20 gouttes de teinture d'opium par l'anus. Du reste, la marche de la guérison a été régulière. Température max. 37°,7 C. Max. du pouls, 78. La plaie fut guérie par première intention. L'opérée se lève le 21 décembre et retourne chez elle le lendemain.

Le 15 juillet 1888 elle accoucha d'une fille vivante pesant 9 livres ; l'accouchement n'avait, au propre dire de la femme, duré que deux heures. Les couches normales.

(Cas référé sommairement à la séance de la *Société médicale* du 30 mars 1889.)

Obs. V. — *Tumeur dermoïde de l'ovaire droit, 4e mois de la grossesse.* — V. J..., 31 ans. Menstruation commencée à 15 ans, régulière depuis avec une durée de 2 à 4 jours, accompagnée de quelque douleur. La patiente s'est mariée à 19 ans, a accouché de 3 enfants vivants nés à terme, du dernier il y a 9 ans. Accou-

chements normaux. Il y a dix ans cette femme remarqua qu'elle avait une excroissance dans le ventre; elle était alors de la grosseur d'une pomme de terre, mais elle atteignit peu à peu le volume qu'elle a actuellement. Elle a toujours été mobile et a été parfois le siège de vives douleurs, dont la fréquence a augmenté dans ces derniers temps. Fonctions intestinales s'accomplissent assez difficilement. Évacuation des urines régulière. Dernière menstruation vers la fin d'août de cette année.

État actuel. 10 décembre 1888. — Utérus mou, courbé normalement en avant, non douloureux, mobile, grossi, le fond se trouvant presque à égale distance de la symphyse et du nombril. Partie vaginale de l'utérus en angle droit avec l'axe du vagin, molle, légèrement élargie, colorée en rouge bleuâtre. Même coloration pour le vagin. Dans le bas-ventre, une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, mobile, très peu fluctuante, ronde, non douloureuse, reliée à la corne droite de l'utérus par un court pédicule. Grossesse non douteuse.

Le 12 décembre 1888, l'*ovariotomie* fut exécutée à la maison d'accouchements. Incision sur la ligne blanche. La tumeur est amenée au-dessous de la plaie; elle est bleuâtre (non jaune), au toucher son enveloppe n'est pas huileuse; fluctuation. Ponction à l'aide d'un gros trocart; il sort un liquide jaunâtre, épais, d'aspect sanieux, mais pendant un brusque vomissement de la patiente, il s'échappe un peu de liquide, le long du trocart, dans la cavité abdominale. L'incision est agrandie promptement et la tumeur extraite. Elle provient de l'ovaire droit. Constriction du pédicule d'après le procédé de Lawson Tait et, en outre, par une ligature circulaire de soie faite sur deux points au-dessous de l'enveloppe péritonéale; cautérisation de la plaie (Paquelin). Toute tension du court pédicule a été évitée autant que possible. Toilette péritonéale circonspecte, mais minutieuse avec une solution tiède de sublimé au 2 millième. L'ovaire gauche est sain. La plaie est recousue comme à l'ordinaire par des sutures de soie profondes et par d'autres superficielles. Toute l'opération a été faite en 35 minutes. Bandage de gaze iodoformée avec compression modérée.

La tumeur est un kyste dermoïde uniloculaire; sur les côtés de l'enveloppe, de longs poils épais forment une pelotte de touffes; contenu épais, jaune, d'aspect sanieux, se figeant très vite.

Marche de la guérison régulière. Le premier jour il fut administré 20 gouttes d'opium par l'anus. Le deuxième jour cette dose fut administrée par la même voie quatre fois, et le troisième jour, trois fois. Aucune contraction utérine sensible. Temp. max. 37°,5 C. Max. du pouls, 100. Guérison de la plaie par première intention. Le 25 décembre l'opérée se lève et deux jours après elle sort de l'hôpital.

L'opérée a laissé la relation de son accouchement. Le 25 juin 1889 elle accoucha d'une fille vivante du poids de 10 livres (4,250 gr.). Accouchement et les couches sans perturbations.

(Cas référé sommairement à la séance de la *Société médicale* du 30 mars 1889.)

Obs. VI. — *Kyste de l'ovaire gauche. 6e mois de la grossesse.* — K. W..., 36 ans. Menstruation, commencée à l'âge de 20 ans, revenue régulièrement chaque mois avec une durée de 6 jours. La patiente a eu cinq enfants vivants nés à terme, le dernier en mai 1886. Accouchements normaux. Au mois d'octobre de cette même année, cette femme éprouva dans le creux de l'estomac de fortes douleurs qui durèrent plus d'une semaine et disparurent ensuite, après quoi elle se sentit tout à fait bien portante. Au nouvel an de 1887, elle remarqua dans le côté droit du bas-ventre une tumeur très mobile de la grosseur du poing. Depuis cette époque elle a augmenté peu à peu. Les règles reparurent, après les dernières couches, en décembre 1887, revenant à des intervalles de deux mois, jusque vers la fin de juin de la même année, époque à laquelle elles ont cessé. Fonctions intestinales un peu difficiles dans les derniers temps. Évacuation des urines normale. La patiente déclare sentir les mouvements du fœtus.

État actuel. 10 décembre 1888. — Le bas-ventre est fortement bombé par une tumeur fluctuante dont le point culminant est situé à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde. La partie inférieure de l'utérus est située derrière l'articulation de l'os pubique et à sa gauche, on en peut palper le fond. Paroi abdominale mince, sans œdème. Malgré des auscultations répétées on ne peut entendre les battements du cœur du fœtus. On ne sent pas non plus les mouvements de ce dernier. La plus grande circonférence de l'abdomen est de 96 centim. Distance de la symphyse à l'ombilic, 27 centim., de la symphyse à l'apppendice xiphoïde, 51 centim. De l'ombilic à l'épine iliaque antérieure supérieure droite, 21 cen-

tim. et à l'épine iliaque antérieure supérieure gauche, 26 centim. Jambes sans œdème. La patiente est maigre. Grossesse douteuse.

Le 11 décembre 1888 l'*ovariotomie* fut exécutée à la maison d'accouchements. Incision sur la ligne médiane à égale distance de l'ombilic et de la symphyse. La partie du kyste qui s'est présentée a été ponctionnée à l'aide d'un gros trocart : 5 litres de liquide ont été recueillis, mais il en est sorti une bien plus grande quantité qui n'a pas été mesurée. Après quoi, la tumeur, provenant de l'ovaire gauche, est amenée avec son pédicule large de 3 doigts, court et contenant de nombreux et grands vaisseaux, en évitant toute traction. Constriction du pédicule à l'aide de deux ligatures partielles et d'une ligature circulaire ordinaire en soie, cette dernière passant en deux endroits dans la paroi péritonéale. Après la section du pédicule, on fit la cautérisation (Paquelin). L'ovaire droit est sain. La matrice dont le fond se trouve à la hauteur de l'ombilic est un peu tordue et tournée vers la droite. Légère toilette péritonéale. La plaie est recousue à l'aide de sutures de soie, de profondes et de superficielles. Opération terminée en 40 minutes.

Bandage de gaze iodoformée, avec légère compression.

La tumeur est un kyste prolifère.

On administra à l'opérée, aussitôt après l'opération, 20 gouttes de teinture d'opium par l'anus, et le soir la même quantité. Même dose d'opium 4 fois le lendemain, et 3 fois le surlendemain. Température maxima le lendemain soir, 38°,1 C. ; pouls maximum, 112. Du reste, la marche de la guérison a été régulière. La plaie a été guérie par première intention. Le 27 décembre l'opérée se lève et quatre jours après elle est transférée à la Clinique gynécologique, et bientôt après elle peut s'en retourner chez elle.

L'opérée accouche le 18 mars 1889 d'un garçon vivant, gros. Accouchement et couches normales.

(Cas référé sommairement à la séance de la *Société médicale* du 30 mars 1889.)

Obs. VII. — *Kyste de l'ovaire gauche. 7me mois de la grossesse.* — S. H..., 24 ans. Menstruation commencée à l'âge de 15 ans ; revint ensuite assez irrégulièrement à des périodes de 4 à 5 semaines, avec une durée d'un à deux jours, toujours accompagnée de grandes douleurs lombaires. La patiente s'est mariée à 20 ans ; elle accoucha le 28 avril 1887 d'un enfant vivant né à terme ; pas de fausse couche. Les couches normales. L'enfant

fut allaité jusqu'à 17 mois, ce qui contribua un peu à diminuer les forces de la mère. Depuis le printemps de 1887, le sujet éprouve parfois un grand malaise dans tout le corps et offre des symptômes d'anémie. Les règles revinrent pour la première fois depuis l'accouchement au mois de mai de la même année; elle ne peut se rappeler l'époque de la dernière menstruation. Elle sentit les premiers mouvements du fœtus au mois de mars de cette année. Pendant ces derniers mois la patiente a souffert d'une grande douleur dans le côté gauche, ce qui l'empêche de se mouvoir librement.

État actuel. 15 avril 1889. — La femme est pâle. Utérus grossi, mou, dont le fond se trouve à deux doigts au-dessus de l'ombilic. La partie vaginale de l'utérus est rouge bleuâtre. Le vagin est légèrement rouge bleuâtre. On peut palper distinctement les parties du fœtus; bruit fœtal. La ligne blanche et les aréoles sont légèrement pigmentées (la femme est blonde). A gauche de l'utérus et attenant à la corne de celui-ci, une tumeur grosse comme un œuf de poule, très peu fluctuante, ronde, mobile et très douloureuse. Quelques jours après, il se déclare une bronchite aiguë, accompagnée de crachats purulents.

Le 18 avril l'*ovariotomie* est exécutée dans ma clinique privée. Incision sur la ligne blanche au-dessous et tout près de l'ombilic. A l'aide de trois doigts introduits dans la cavité abdominale on ramène un tumeur provenant de l'ovaire gauche. Le pédicule est court, large d'environ trois doigts, contenant de nombreuses veines dilatées. Tout en ayant soin d'éviter toute traction, la constriction est faite au moyen de deux ligatures partielles et d'une ligature circulaire de soie, les premières faites d'après le procédé de Lawson Tait, la dernière passée en deux endroits sous la séreuse. Après la section, cautérisation au thermocautère de Paquelin. Aucune toilette péritonéale. La plaie est recousue de la manière ordinaire. L'opération a duré 25 minutes. — Bandage de gaze iodoformée, avec légère compression.

20 gouttes de teinture d'opium avaient été administrées par l'anus immédiatement avant l'opération ; la même dose fut répétée encore deux fois le même jour. Les deux jours suivants on administra encore trois fois une dose de 20 gouttes d'opium par l'anus. Les quatre premiers jours, l'opérée fut tourmentée par la toux. La température s'élevait le lendemain soir à 30°,1 C. et

pouls à 108. Tout fut ensuite normal. La plaie se guérit par première intention. Le 2 mai l'opérée se leva et quitta la Clinique le même jour; elle dut pourtant, pendant les premiers jours, éviter toute fatigue. Aucun indice de travail d'accouchement. Les mouvements du fœtus sont les mêmes que dans les conditions ordinaires. L'opérée accoucha d'un garçon vivant du poids de 8 livres, 20 juillet 1889. Accouchement et puerpéralité sans perturbation.

Outre ces 7 ovariotomies pendant la grossesse, que j'ai opérées moi-même, on peut en citer encore deux faites dans notre pays. L'une faite le 8 mars 1879 par *J. Pippinsköld*, pendant le neuvième mois de la grossesse, ou plus probablement pendant le travail de l'accouchement. L'autre par *G. Heinricius* (1), au commencement de la grossesse. Les deux avec une heureuse issue pour l'opérée.

Sur les 82 cas d'ovariotomie pendant la grossesse recueillis par *Olshausen*, 74 furent couronnés de succès, ce qui donne une mortalité de 9,75 0/0. Mais parmi ces cas de mort, il y en a qui appartiennent à l'époque où les antiseptiques n'étaient pas encore en usage. Dans un de ces cas l'utérus fut pris pour un kyste et ponctionné, et dans un autre cas mortel, l'ovariotomie fut entreprise pendant l'agonie (torsion du pédicule). La proportion donnée des cas de mort est par conséquent augmentée par des circonstances qu'il serait facile d'éviter.

Dans les 41 ovariotomies faites par *Lawson Tait*, *Olshausen*, *Schröder* et *Spencer Wells*, il ne mourut que 2 femmes en conséquence de l'opération. Les 7 opérations que j'ai accomplies ont toutes été heureuses pour les malades. Si l'on réunit les cas des opérateurs qui ont, sous ce rapport, une assez grande expérience, on citera :

---

(1) Rapporté à la séance de la *Société méd.*, 1889.

Schröder	12 ovariotomies	avec	0	cas de mort.
Lawson Tait....	11	»	»	1	»
Spencer Wells.	10	»	»	1	»
Olshausen......	8	»	»	0	»
Engström.......	7	»	»	0	»
	48	»	»	2	»

Par conséquent une mortalité qui n'est que de 4,16 0/0.

D'après cela, on peut être convaincu que l'entreprise d'une ovariotomie sur une femme enceinte ne comporte pas plus de dangers que dans les cas ordinaire. Quant à la santé à venir, elle ne paraît pas offrir de différence, que l'opération ait été faite sur une femme enceinte ou sur une autre.

Parmi les tumeurs ovariques extirpées, il s'en trouve pourtant d'une grosseur énorme, les plus grosses qu'on ait jamais vues. Dans les cas que j'ai opérés, il ne s'en trouvait pas de dimensions extraordinaires. Les plus grosses sont celles des cas 2 et 6. La première, qui n'était pas de médiocre grosseur, offrit en outre de très grandes difficultés pour l'extirpation.

Il y a peu à dire en ce qui concerne la marche de l'opération elle-même. On doit observer les mêmes principes que ceux de la laparotomie ordinaire. Si la tumeur est située en haut, il est tout à fait rationnel, comme le propose *Larrivé* (1), de faire l'incision autant que possible à la même hauteur. On ne sera pas alors contraint d'exercer une traction inutile sur le pédicule. C'est en m'appuyant sur cette raison que j'ai, dans mon 7e cas, fait l'incision juste au-dessus de l'ombilic.

C'est précisément sur ce fait, que l'attention paraît devoir se porter. Une tension exercée sur le pédicule peut facilement causer une excitation des muscles de l'utérus, et par conséquent, provoquer des contractions. En outre le pédicule de la tumeur doit être ligaturé avec une grande circonspec-

(1) *Archives de tocologie*, VII, 1880, p. 607.

tion, afin que, dans le cas où il surviendrait des contractions utérines, aucune des ligatures ne vienne à se relâcher ou à glisser. La plaie doit aussi être recousue avec soin, afin qu'elle ne puisse se rouvrir sous l'effet d'un jeu possible des muscles abdominaux.

Mais, outre les influences purement mécaniques, une autre circonstance doit aussi être prise en grande considération.

La matrice gravide ne doit rester découverte pendant l'opération que le temps rigoureusement nécessaire. Autrement le refroidissement auquel celle-ci serait exposée en amènerait inévitablement la contraction. Nous avons justement remarqué, pendant des expériences sur des bêtes pleines, avec quelle facilité la matrice entre en contraction lorsqu'on laisse pénétrer l'air froid extérieur. Dans mes opérations, je me suis efforcé de la préserver de cette influence, soit en couvrant l'enveloppe abdominale au-dessus de l'utérus, soit en la protégeant avec une éponge imbibée d'une solution tiède de phénol.

Il serait bon de faire porter à l'opérée un bandage bien fixé, pendant les quelques mois qui suivent l'opération, pour maintenir la cicatrice de l'abdomen, précaution d'autant plus nécessaire pendant la grossesse à cause de la dilatation qui se produit pendant son cours.

Si le travail de l'accouchement commence même immédiatement après l'opération, il paraît avoir, pour la mère, l'issue la plus heureuse. C'était du moins le cas pour l'opération faite par *Pippinsköld*. Lorsque l'incision a été guérie, et lorsque les phénomènes de circulation et de nutrition ont repris leur équilibre dans le pied du pédicule et dans les parties voisines, le travail de l'accouchement peut difficilement avoir une influence préjudiciable sur ces parties. Pour mes opérées l'accouchement paraît s'être passé d'une manière normale, de même les couches.

D'après les statistiques dernièrement recueillies par *Jetter*, le nombre des fœtus qui ont péri par suite de la présence d'une tumeur ovarique est assez considérable, soit

que la grossesse ait été interrompue à une époque où le fœtus n'était pas encore viable, soit que les fœtus aient succombé par suite des difficultés qui sont venues compliquer l'accouchement.

Dans cet état de choses, on se demande comment l'extirpation de la tumeur ovarique pourrait nuire à l'existence du fœtus.

Nous savons sans doute que les opérations faites sur les organes de la génération, pendant la grossesse, peuvent facilement amener une fausse couche. L'expérience prouve cependant que, dans la majorité des cas, l'ovariotomie pratiquée sur une femme enceinte, ne cause pas d'accouchement prématuré. D'après *Olshausen*, le nombre de ces cas n'atteint pas 20 0/0, et pourtant dans ce chiffre sont compris un certain nombre de cas où la matrice gravide a été ponctionnée. Dans aucun de mes sept cas l'opération ne paraît avoir causé un commencement de travail d'accouchement. On pourrait difficilement attribuer à cette cause la fausse couche qui, dans le cas n° 3, est arrivée plus de cinq semaines après l'opération ; la principale cause en était la lacération bilatérale de la portion vaginale de l'utérus.

Pour m'opposer aux contractions de l'utérus qui pouvaient survenir, j'ai administré de l'opium par le rectum toutes les fois que la grossesse n'était pas douteuse. Je ne crois pas pourtant pouvoir me prononcer sur l'importance de ce moyen prophylactique On doit admettre qu'il mérite d'être mis à l'essai.

Mais, que l'on puisse ou non diminuer encore le danger d'un accouchement prématuré, le pronostic du fœtus, comme les faits paraissent le prouver, est bien meilleur quand il y a extirpation de la tumeur qu'avec l'expectation. Nous nous appuyons sur la comparaison des résultats de la statistique de *Jetter*, déjà citée plus haut, avec ceux de *Olshausen*, concernant les accouchements prématurés survenus après l'opération de l'ovariotomie. D'après les chiffres ci-dessus indiqués, nous voyons que 48 0/0 environ des fœtus ont péri,

soit à cause d'une interruption prématurée de la grossesse, soit pendant l'accouchement. D'après *Olshausen*, l'accouchement prématuré n'intervient pas pour plus de 20 0/0 des cas. Et, si l'on tient compte d'un certain pour cent des fœtus qui sont morts pendant un accouchement à terme, la mortalité des fœtus par suite de l'ovariotomie faite pendant la grossesse, ne sera pas bien grande.

On s'est demandé si l'ovariotomie donnait des résultats également bons dans toutes les phases de la grossesse. *Wilson* a prétendu qu'après le cinquième mois le pronostic était plus mauvais que pour les époques antérieures; mais il n'est pas encore possible de se prononcer avec certitude à cet égard, car le nombre des cas connus n'est pas bien grand par lui-même. Il arrive, en effet, comme le prétend *Schrœder*, que pendant la croissance constante de la matrice, le pédicule de la tumeur se raccourcit d'une manière fâcheuse parce que les lamelles du ligament large participent peu à peu à la formation de l'enveloppe séreuse de la tumeur. Lors de la constriction du pédicule les ligatures doivent être situées tout près de l'utérus et peuvent facilement provoquer l'irritation de celui-ci.

Se fondant sur tout ce qui précède, la plupart des accoucheurs modernes estiment qu'une tumeur ovarique doit être extirpée, même pendant la grossesse, et cela aussitôt que possible. Le petit volume de la tumeur est loin d'être une contre-indication de l'opération, car c'est avec les petites tumeurs qu'il faut le plus redouter une torsion du pédicule.— *Carl Schœder* (1) est un des premiers qui se soient prononcés pour l'extirpation d'une tumeur ovarique, même pendant la grossesse. Auparavant, un grand nombre estimaient avec *Kœberlé* (2), que l'opération devait, autant que possible, être renvoyée après la grossesse.

(1) CARL SCHROEDER. *Handb. d. Krankheiten d. weibl. Geschlechts organe.* 4 Aufl. Leipzig, 1879, p. 393.

(2) KOEBERLÉ. Ovariotomie. *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* et *Bulletin génér. de thérap.*, 1878, 15 mai.

Même encore dans ces derniers temps, certains accoucheurs sont très réservés à cet égard. Entre autres *Thomas Addis Emmet* (1) qui est d'avis que « as a general rule an ovarian tumor should not be removed if early pregnancy coexists ». *L. de Sinéty* (2) s'exprime d'une façon un peu moins négative, « l'ovariotomie n'est pas absolument contre-indiquée par l'état de gestation ».

Il se présente pourtant des cas où l'extirpation de la tumeur pendant la grossesse est difficile au plus haut degré et même impossible. Par exemple, lorsque la tumeur remplit plus ou moins complètement le petit bassin, et que la matrice a déjà acquis un certain développement. Il peut alors être difficile, sinon impossible, de retirer la tumeur du bassin et de l'extirper à la manière ordinaire. Dans un cas semblable, je fus obligé, au commencement du septième mois de la grossesse, de provoquer l'accouchement et d'extirper, aussitôt après, la tumeur qui occupait une grande partie du petit bassin.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA VOIE SACRO-COCCYGIENNE

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — SON UTILISATION DANS LE TRAITEMENT DES SALPINGITES (3)

Par le Dr **Pierre Delbet**, prosecteur à la Faculté.

C'est pour agir sur le rectum qu'on a imaginé de passer par la partie postérieure du bassin. Il y a déjà longtemps, Kocher et Verneuil avaient proposé de réséquer le coccyx, lorsqu'on était gêné par ce petit os pour extirper des cancers

(1) THOMAS ADDIS EMMET. *The principles and practise of Gynæcology.* London, 1880, p. 827.

(2) L. DE SINÉTY *Traité pratique de gynécologie et des maladies des femmes*, 2e éd. Paris, 1884, p. 746.

(3) Extrait de : *Les suppurations pelviennes chez la femme*. Paris, Steinheil.

de la partie inférieure du rectum. Mais cette résection n'avait, on peut dire, rien de commun avec la nouvelle opération, qui a été proposée par Kraske (1) en avril 1885 au XIVe congrès des chirurgiens allemands. Kraske résèque d'emblée, afin d'atteindre des tumeurs « placées trop bas pour la laparotomie, trop haut pour l'extirpation par l'anus », la partie inférieure et latérale gauche du sacrum, depuis le troisième trou sacré jusqu'à la corne. Bardenheuer a proposé de réséquer transversalement toute la partie inférieure du sacrum en passant au-dessous des troisièmes trous sacrés. Il est juste de dire que Kraske avait indiqué cette modification, et était décidé à l'employer lui-même pour des cas spéciaux, car je lis dans son mémoire (2) : « Dans les cas particulièrement difficiles, lorsque les adhérences de la tumeur sont très étendues, je n'aurais aucun remords de réséquer une étendue encore plus considérable du sacrum vers la droite, et d'ouvrir le canal sacré ». Il renvoie à une figure sur laquelle on peut voir que la résection qu'il se proposait de faire est fort semblable à celle de Bardenheuer.

Hochenegg (3) est le premier qui ait proposé d'employer la voie sacrée pour les opérations gynécologiques. Herzfeld (4), peu de temps après, a soutenu la même proposition. Les deux auteurs n'avaient en vue que l'extirpation de l'utérus ; et leurs deux mémoires, appuyés sur des recherches cadavériques, ne renferment aucune observation. L'année suivante, Hochenegg (5) publiait les deux premières observations d'application de la voie sacrée aux opérations gynécologiques faites sur le vivant. Dans l'un de ces cas, qui est de Gersuny, on avait fait une extirpation totale de l'utérus pour un cancer : dans l'autre, qui est de Hochenegg lui-même, il s'agit d'une amputation supra-vaginale pour une tumeur kys-

(1) Kraske. *Arch. f. klin. Chir.*, vol. XXXIII, 3 f., p. 562, 1886.
(2) Kraske. *Loc. cit.*, p. 257.
(3) Hochenegg. *Wiener klin. Wochensch.*, 1888, n° 19.
(4) Herzfeld. *Allg. Wiener med. Zeitung.*, 1888, n° 34.
(5) Hochenegg. *Wiener klin. Wochensch.*, 1889, n° 9.

tique du paramétrium. Mais déjà, à la clinique de Fribourg-en-Brisgau, Hegar et Wiedow (1) s'étaient servis de la voie sacrée pour extirper ou inciser des tumeurs salpingiennes dans deux cas qui n'ont été publiés qu'en mars 1889. En juin 1889, Czerny a enlevé par la même voie un carcinome primitif de l'ovaire; et il est très probable que d'autres chirurgiens ont, à la même époque ou depuis, pratiqué des opérations du même genre qui ne sont pas encore publiées. On voit en tout cas que la question est toute neuve et qu'il est impossible de porter aujourd'hui sur elle un jugement définitif.

Je vais d'abord dire en quoi consiste essentiellement la méthode et quelles sont les principales manières de faire l'opération.

La méthode consiste à ouvrir l'espace sacro-sciatique en désinsérant le grand fessier et les ligaments sacro-sciatiques, le sacro-épineux et le sacro-tubérositaire; puis à agrandir l'espace ainsi créé en réséquant une portion du sacrum. C'est là sa caractéristique essentielle. Une fois la brèche créée, on peut agir soit sur les tissus sous-péritonéaux sans ouvrir le péritoine, soit sur les tumeurs intra-péritonéales, en ouvrant la séreuse. Dans le premier cas, on ne fait pas de laparotomie; dans le second, on en fait une. En m'occupant des phlegmons et abcès pelviens, j'envisagerai plus tard les avantages et les inconvénients que la voie sacro-coccygienne présente pour ce genre d'affection. Ici, je n'envisagerai que la laparotomie par la voie sacro-coccygienne; mais je décrirai une fois pour toutes les différentes manières de pratiquer les premiers temps de l'opération, c'est-à-dire la section de la peau et de l'os.

Voici d'abord l'opération de Kraske, la première en date (2): il fait une incision verticale et médiane qui commence en haut à peu près à mi-hauteur du sacrum, et se prolonge en bas jusqu'à l'anus. Cette incision va en profondeur jusqu'à

---

(1) Wiedow. *Berlin. klin. Wochensch.*, 11 mars 1889, p. 202.

(2) Kraske. *Loc. cit.*, p. 566.

l'os. Il détache les insertions du fessier le long du bord gauche du sacrum, résèque le coccyx et sectionne au ras du sacrum les deux ligaments sacro-tubérositaire et sacro-épineux, c'est-à-dire le grand et le petit ligament sciatique. Puis avec la gouge et le maillet, il résèque l'extrémité inférieure de la partie gauche du sacrum, suivant une ligne qui passe horizontalement sous le troisième trou sacré et se recourbe en formant un arc à concavité gauche pour venir aboutir à la corne du sacrum. Les branches postérieures des nerfs sacrés sont sectionnées ; de même les branches antérieures des 4e et 5e paires ; seules les branches antérieures de la 3e paire sont soigneusement ménagées.

Telle est l'opération primitive. Bardenheuer, toujours en vue des cancers du rectum, a proposé de sectionner transversalement le sacrum. J'ai déjà dit que Kraske avait indiqué cette modification ; et comme nous retrouverons plus tard la même manière de sectionner le sacrum, en étudiant le procédé opératoire de William Lévy, je la laisse momentanément de côté.

A la clinique d'Hegar (1), où l'opération a été faite trois fois pour des cas gynécologiques, on a employé successivement deux procédés différents, le premier ne diffère pas notablement de celui de Kraske. Dans le second, au contraire, on s'est proposé pour la première fois de faire seulement une résection temporaire du sacrum, c'est-à-dire de conserver la portion d'os sectionnée et momentanément rabattue. Voici la description de l'opération, telle que Wiedow l'a donnée dans le cas II de son mémoire. On fait sur la face postérieure du sacrum une incision en Y qui commence à trois centimètres au-dessous et en dedans de l'épine iliaque postérieure et inférieure et finit à la pointe du coccyx. Le lambeau supérieur reste adhérent à la face postérieure du sacrum. Les muscles et les ligaments sont sectionnés sur le côté de l'os, le rectum est décollé de sa face antérieure ;

(1) WIEDOW. *Loc. cit.*

puis le sacrum est sectionné avec la scie à chaîne suivant une ligne oblique dont l'extrémité droite correspond à l'espace compris entre le 3e et le 4e trou sacré, l'extrémité gauche à la corne sacrée. L'os ainsi sectionné est rabattu avec la peau ; et plus tard, lorsque l'opération est terminée, on le remet en place.

Déjà W. Heineke (1) avait proposé pour les cas de cancer du rectum de faire la résection temporaire des os. William Lévy (2) a modifié avantageusement son procédé opératoire en ce qui concerne la section de la peau et de l'os. Le principal but de ce dernier est de conserver les insertions et par suite la solidité du plancher pelvien. Voici la description qu'il a donnée de son procédé après l'avoir étudié sur le cadavre, mais sans l'avoir appliqué sur le vivant : « Je fais une incision transversale et horizontale de 8 à 10 centimètres sur le sacrum à un travers de doigt au-dessus de la corne coccygienne. L'incision pénètre d'emblée jusqu'à l'os. Des deux extrémités de cette incision, j'en fais partir deux autres verticales, dirigées de haut en bas, qui intéressent la peau et toute l'épaisseur du grand fessier. Un crochet est placé dans l'une de ces incisions verticales pour l'attirer fortement en dehors ; on peut alors, en décollant le grand fessier, mettre à nu et inciser les ligaments sacro-tubérositaire et sacro-épineux, dans le sens de l'incision transversale. On fait de même du côté opposé. Ensuite on décolle le tissu conjonctif de la face antérieure du sacrum, et on sectionne l'os transversalement avec une pince. L'os sectionné reste adhérent à la peau, et il porte encore la majeure partie des insertions des ligaments sacro-sciatiques. En le saisissant avec un fort crochet, on le renverse en arrière et en bas ». L'opération achevée, on remet l'os en place et on le suture

A l'exposé de ces procédés opératoires, je vais joindre le résultat de mes recherches cadavériques.

---

(1) W. Heineke. *Munschener med. Wochensch.*, 1883, n° 37.

(2) W. Lévy. *Cent. f. Chir.*, 1889, n° 13, p. 218.

D'abord, comme il n'est pas toujours aisé de reconnaître, non seulement avant l'incision de la peau, mais même lorsqu'on est plus avancé dans l'opération, la situation des trous sacrés, je vais indiquer quels sont leurs rapports habituels. Dans la position verticale, la corne du sacrum est située à peu près sur la même ligne horizontale que les épines sciatiques dont on peut reconnaître la situation par le toucher rectal ou vaginal. Le 4ᵉ trou sacré se trouve juste au niveau de l'angle que fait le sacrum en commençant brusquement à se rétrécir. Cet angle peut être facilement senti dans la plaie. Enfin, de la pointe du coccyx au bord inférieur du 3ᵉ trou sacré, limite supérieure des sections permises de l'os, il y a une distance de 6 centimètres à 6 centimètres et demi. Cette distance est mesurée, non pas en suivant le contour de l'os, mais en projection, c'est-à-dire en plaçant les deux pointes d'un compas d'épaisseur, l'une sur l'extrémité du coccyx, l'autre sur le bord inférieur du 3ᵉ trou sacré postérieur. Pratiquement, lorsque, sur le sujet vivant, ou sur le cadavre pourvu de ses parties molles, on applique l'une des pointes d'un compas d'épaisseur ou d'une règle d'ajusteur sur la pointe du coccyx, l'autre pointe, éloignée de 6 centimètres de la première, se trouve au-dessous du 3ᵉ trou sacro-postérieur.

Au point de vue de l'opération, ce qui importe le plus, c'est d'avoir du jour, et pour avoir du jour, ce qui est le plus important, c'est la manière de sectionner l'os. Les résections latérales du sacrum, qui permettent d'agir facilement sur le rectum, ne donnent que peu de place quand il faut pénétrer plus loin dans la cavité péritonéale; mais elles ont l'avantage de ne pas ouvrir le canal sacré. Encore pour éviter cette ouverture du canal sacré, faut-il faire l'incision verticale un peu latérale, ou si on la fait médiane, prendre soin de ne pas la poursuivre jusqu'à l'os; car si on allait sur la ligne médiane jusqu'à l'os, on ouvrirait fatalement ce canal, qui, à ce niveau, est dépourvu en arrière de paroi osseuse.

La résection transversale donne beaucoup plus de jour;

mais elle ouvre forcément le canal sacré. Cet inconvénient est-il sérieux? Bardenheuer ne paraît pas le penser, puisqu'il n'en parle pas dans les dangers de son opération. Kraske, qui, ainsi que je l'ai dit, était déterminé dès son premier mémoire à réséquer transversalement au-dessous du 3e trou sacré, envisageait sans crainte l'ouverture du canal (1). « Le sac dure-mérien ne s'étend pas assez bas pour être blessé; quant à la section du filum terminale, elle serait sans importance» ; et pour démontrer que l'ouverture du canal sacré peut être faite sans inconvénient, il cite un cas de Volkmann qui a réséqué avec succès une partie considérable du sacrum pour un sarcome myélogène. Il est donc vraisemblable que l'ouverture du canal sacré à ce niveau n'aurait pas grande importance; toutefois, nous n'en serons bien sûr que lorsque les faits seront plus nombreux. Les résections latérales et transversales du début avaient toutes l'inconvénient énorme de détruire les insertions des ligaments sacro-sciatiques et du releveur de l'anus au coccyx. Il devait en résulter un affaiblissement notable du plancher pelvien par suite du relâchement du releveur, et peut-être des troubles dans la marche et dans la station, par suite de la destruction des principaux ligaments postérieurs du bassin. Kraske estimait que la cicatrice pouvait remplacer les ligaments sacro-sciatiques. Mais cela n'est pas démontré. Quant à l'affaiblissement du plancher pelvien, il n'a pas eu de grave conséquence dans un cas de Hochenegg, car la malade, après avoir subi la résection du rectum par la méthode de Kraske, est devenue enceinte et a normalement accouché (2); mais ce cas est unique. Aussi il me paraît hors de doute qu'il y aurait grand avantage à conserver toutes ces insertions. William Lévy (3) a trouvé un moyen très simple de faire. Au lieu de réséquer le coccyx et de désinsérer les ligaments sacro-sciatiques de

(1) KRASKE. *Loc. cit.*, p. 572.
(2) LIHOTZKY. Soc. Imp. de Vienne. In *Semaine méd.*, 21 nov. 1888, p. 448.
(3) W. LÉVY. *Loc. cit.*

chaque côté du sacrum, il sectionne ces ligaments transversalement, et, par suite, il n'en sectionne qu'une partie ; l'os coupé, on peut, malgré les ligaments encore en place, faire basculer la partie sectionnée du sacrum de haut en bas et d'avant en arrière, et obtenir ainsi un jour suffisant. Je vais y revenir. Je veux auparavant déterminer le point où l'on doit sectionner le sacrum.

La nécessité d'avoir du jour réclame qu'on le sectionne le plus haut possible; mais le danger de détruire des nerfs importants exige qu'on ne monte pas trop haut. Il s'agit donc de trouver un point qui donne assez de place, tout en ménageant les nerfs sacrés. Le point que Kraske a déterminé pour la résection latérale, convient parfaitement pour la résection transversale. C'est le bord inférieur du 3e trou sacré. Plus bas, on n'a pas assez de jour; plus haut on tomberait au milieu des fibres du pyramidal, ce qui serait gênant; et l'on serait obligé de sacrifier les nerfs qui sortent par les troisièmes trous sacrés antérieurs, ce qui aurait sans doute des inconvénients notables, car ces nerfs sont volumineux. Au contraire, les nerfs qui sortent au-dessous du 3e trou sacré, sont si petits qu'on peut les couper sans rien craindre.

Quand on veut pénétrer profondément jusque dans la cavité péritonéale, et être libre d'y faire commodément les manœuvres nécessaires, le mieux, au point de vue opératoire, est de procéder de la manière suivante (c'est à peu près exactement ce que Lévy a recommandé) : A 6 cent. au-dessus de la pointe du coccyx, 6 cent. en projection, on fait une incision horizontale et transversale longue de 10 cent. De chaque extrémité de cette incision, on en fait partir une autre obliquement dirigée en bas et en dedans, qui vient se terminer entre l'anus et le coccyx, mais sans atteindre la ligne médiane. Les deux incisions latérales convergent donc vers le bas, mais sans se rencontrer. Ces deux incisions doivent aller en profondeur jusqu'au grand fessier, et pas plus loin. Il est inutile pour le moment d'inciser les fibres musculaires. C'est dans l'incision horizontale qu'il faut travailler. Dans

sa partie moyenne, on coupe jusqu'à l'os; de chaque côté, on voit les fibres du grand fessier presque exactement parallèles à l'incision. Il suffit de passer entre ses faisceaux charnus pour arriver sur les ligaments sacro-sciatiques. On sectionne alors le ligament sacro-tubérositaire presque perpendiculairement à ses fibres, et le sacro-épineux parallèlement aux siennes. Ce dernier ligament n'est pour ainsi dire pas affaibli par cette section ; quant au premier, au sacro-tubérositaire, il est complètement sectionné si l'on pousse jusqu'à son bord externe. On peut se dispenser d'aller aussi loin dès le début, quitte à le faire plus tard si la place n'est pas suffisante. Lorsqu'on a fait à droite et à gauche la section des ligaments sciatiques, on a, de chaque côté du sacrum, une boutonnière transversale au travers de laquelle on peut facilement introduire l'index ou une rugine. Ce doigt, ou cet instrument, glisse alors sur la face antérieure du sacrum, décollant et repoussant en avant tout ce qu'il rencontre, de manière à dégager l'os sur sa face antérieure au niveau de l'incision transversale. Cela fait, il reste à sectionner l'os. On peut le faire, soit avec une pince coupante, soit avec une scie à chaîne, soit même avec une scie ordinaire, d'arrière en avant, à la condition de glisser d'abord devant le sacrum un instrument quelconque destiné à arrêter les échappées de la scie vers le bassin.

Le sacrum sectionné se laisse facilement rabattre d'avant en arrière. Bien que le grand fessier et les ligaments sacro-sciatiques ne soient pas désinsérés de ses bords latéraux, on peut écarter les deux surfaces de section de 5 centimètres, et cela est suffisant pour la majorité des cas. La brèche ouverte a les dimensions suivantes : dans le sens vertical, 5 centimètres ; dans le sens transversal, entre les deux épines sciatiques revêtues des parties molles, de 8 à 9 centimètres. Si dans des cas exceptionnels, cette large brèche n'était pas suffisante, on pourrait encore l'agrandir, dans le sens vertical, en désinsérant des bords du sacrum le ligament sacro-épineux, ce qui permettrait de renverser l'os

davantage ; dans le sens transversal, en incisant dans la profondeur et transversalement au-dessus des épines sciatiques (1). On pourrait alors pénétrer jusqu'au fond des échancrures sciatiques, ce qui donnerait un écartement transversal de 12 centim. environ. Ces deux manières de faire auraient des inconvénients réels : il ne faudrait donc y avoir recours que sous la pression de la nécessité.

Le sacrum écarté, on a devant soi le rectum qu'il faut récliner ; il est généralement plus facile de le récliner à gauche. Cet intestin mis à l'abri, il faut pénétrer jusqu'au péritoine, à travers les fascia sous-péritonéaux. Il n'y a à ménager que les nerfs : en se tenant sur ou près de la ligne médiane, on ne peut pas rencontrer d'autres organes importants. Souvent, dès que le sacrum est renversé en arrière, on voit immédiatement les branches antérieures des troisièmes paires sacrées ; rien alors n'est plus facile que de les ménager. Mais on ne les voit pas toujours ; aussi, bien qu'on ne soit pas exposé là à de graves dangers, je pense qu'il vaut mieux ne pas user du bistouri. Il est plus simple et tout aussi commode d'effondrer les fascia avec le doigt, pendant qu'un tampon placé d'avance, ou un aide avec un doigt introduit dans le vagin, soutient l'utérus et le cul-de-sac postérieur. On arrive facilement ainsi sur le péritoine qu'on incise avec les précautions habituelles. La boutonnière péritonéale peut être faite, soit verticale, soit transversale, suivant ce que l'on prévoit pour la suite de l'intervention.

Lorsqu'on a terminé la partie intra-pelvienne de l'opération, on relève le segment inférieur du sacrum, qui, pendant tout le temps de l'opération, a conservé la plupart de ses connexions vasculaires ; on coapte soigneusement les deux surfaces de section et l'on suture la peau. La suture osseuse paraît inutile. Les ligaments et les autres parties molles suffisent à maintenir l'os en place.

(1) Le prolongement des incisions transversales aurait l'inconvénient grave d'exposer à blesser les artères honteuses internes et is hiatiques.

Dans les cas où l'on n'a pas besoin d'autant de place, on peut faire la résection latérale, sans ouvrir le canal sacré. Le meilleur mode opératoire me paraît être le suivant : On fait une incision en L renversée, dont la branche horizontale, toujours placée à 6 centimètres au-dessus de la pointe du coccyx, commence un peu en dehors de la ligne médiane et mesure 5 à 6 centimètres de long. La branche verticale descend en dehors de la ligne médiane, et dépasse un peu la pointe du coccyx. L'incision verticale pénètre jusqu'à l'os; l'incision transversale est traitée comme dans la précédente opération. On décolle de même les tissus le long de la face antérieure du sacrum, et l'on sectionne l'os suivant deux traits, dont l'un transversal passe au-dessous du 3e trou sacré, et l'autre vertical reste en dehors de la ligne médiane.

A ma connaissance, la voie sacrée n'a été employée qu'une fois pour l'extirpation des tumeurs salpingiennes. Voici le fait qui a été publié par Wiedow (1) :

F. W..., 30 ans, pas d'enfant. Réglée à 13 ans, scrofuleuse. Règles irrégulières. Depuis des années, douleurs au moment des époques. Leucorrhée. Maux de tête. Troubles de la miction. État actuel. Femme vigoureuse. Hymen déchiré. Petit utérus en antéflexion normale.

Derrière le ligament utéro-sacré, on trouve une tumeur formée de deux segments gros chacun comme une noix, reliée à l'utérus par un cordon épais, et solidement adhérente au ligament. Entre l'utérus et la paroi abdominale se trouve une autre tumeur peu mobile, du volume d'un œuf d'oie.

Opération : Incision comme dans le cas II (je viens de décrire cette opération). Le péritoine ouvert et fixé par deux points de suture, on attaque la grosse tumeur de droite. En raison de son volume et de la raideur des ligaments, particulièrement du ligament

(1) WIEDOW. *Berlin. klin. Wochensch.*, 11 mars 1889, p. 202. Ce petit mémoire renferme 3 observations : une incision d'abcès, une extirpation de l'utérus, une extirpation de trompes. Je ne donne ici que le 3e cas (salpingotomie). Le premier cas (ouverture d'abcès) sera rapporté à sa place. Quant au second (hystérectomie), il n'a rien à faire dans ce travail.

infundibulo-pelvien, il est difficile de la manier. Ce n'est qu'après avoir vidé le sac tubaire qu'on peut l'amener au dehors, le pédiculiser et l'enlever. Au-dessous du sac, on trouve une petite tumeur du volume d'une châtaigne, très adhérente au péritoine pariétal et à la face postérieure des ligaments larges : comme il aurait fallu une grande force pour l'enlever on la laisse. A gauche, les difficultés sont également considérables. La tumeur est plus petite, mais la trompe et l'ovaire sont très adhérents, les ligaments extraordinairement rigides, si bien qu'on ne peut enlever avec la trompe qu'une partie de l'ovaire. Un morceau de ce dernier est resté dans le pédicule. Pour faire la ligature de ce pédicule, on dut employer un fil élastique.

Après l'ablation de la tumeur, les pédicules (1) sont attirés par des fils de soie et fixés en dehors du péritoine dans l'angle de la plaie. Le péritoine est suturé; la peau après adaptation de l'os est partiellement réunie, et la cavité qui reste est tamponnée avec de la gaze au chlorure de zinc.

Pas de fièvre, les trompes renfermaient une bouillie caséeuse, — l'examen bacillaire n'est pas achevé, — le sacrum est en bonne position; il est encore un peu mobile, mais environ 5 semaines après l'opération, il paraît déjà avoir repris.

Hegar et Wiedow ont été très satisfaits de la voie sacrée pour l'hystérectomie et l'ouverture des abcès, mais « pour la castration et la salpingotomie, ils ont été un peu déçus. L'opération fut très difficile » ; mais ils ajoutent : « elle aurait peut-être été plus difficile encore par la laparotomie ; du reste, on ne peut guère espérer une grande facilité pour des cas défavorables ».

L'observation de Wiedow est importante, au moins en ce qu'elle nous apprend que la résection temporaire du sacrum n'est pas illusoire, et que l'os peut reprendre.

Quant à la valeur de la laparotomie postérieure comparée à la laparotomie abdominale, nous manquons de faits pour l'apprécier. Elle nécessite plus de dégâts, mais elle donne

(1) Wiedow ne dit pas si c'est le pédicule utéro-ovarien ou le pédicule utérin qui a été fixé dans la plaie. Peut-être n'avait-on fait qu'un pédicule ?

plus de facilités. Il est impossible à ceux qui n'ont ni fait, ni vu faire cette opération, d'imaginer combien elle donne de jour. On arrive juste sur le foyer de l'opération. On a sous l'œil et sous le doigt les vaisseaux utéro-ovariens, les ligaments larges. Quand on les incise, on n'est pas obligé comme dans la laparotomie abdominale de les pédiculiser et de les lier en masse, on les sectionne pour ainsi dire à ciel ouvert, en mettant des pinces sur tous les points qui saignent. Ces avantages sont si considérables, que je ne pense pas qu'on doive condamner à priori cette voie opératoire. Il est impossible aujourd'hui de formuler ses indications dans les cas de salpingites ; mais on peut dire qu'elle est digne d'être expérimentée (1).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 Juin 1890

GUÉNIOT. — Rapport sur un **cas de rupture totale des insertions vaginales sur le col de l'utérus,** communiqué à l'Académie, par le Dr Thévard (de Savigny-sur-Braye) (2).

Il s'agissait d'une femme IIpare, rachitique, à bassin rétréci (diamètre antéro-postérieur, 78 millim.). Quelques heures après le début de l'accouchement, et à la suite d'une contraction plus violente que les autres, le travail s'était arrêté : hémorrhagie légère, sensation de gêne dans l'hypogastre, hoquet, mais état général assez satisfaisant. *Examen* : constatation d'une dépression ou d'une solution de continuité au niveau de la paroi antérieure de l'utérus ; absence des doubles battements fœtaux, présence au détroit supérieur du placenta, pas d'autres portions de l'œuf accessibles. Ce n'est que le lendemain qu'on procéda à l'extraction du fœtus

(1) On trouvera dans les autres chapitres les indications de la voie sacrée dans le traitement des phlegmons pelviens et des abcès spontanément ouverts.

(2) Communication faite le 10 juin

d'abord par les voies naturelles; mais on ne put, par cette voie, dégager que le tronc. Après décollation, laparotomie, et extraction de la tête. L'utérus était absolument refoulé sous la face inférieure du foie, et, dans sa partie inférieure, qu'on crut être le col intact, on remarqua une sorte de couronne, formée par des lambeaux, qui furent pris pour des lambeaux des attaches vaginales. Après réintégration de l'utérus dans sa situation habituelle et lavage des surfaces saignantes avec de l'eau-de-vie (seul antiseptique sous la main), l'abdomen fut refermé par 2 plans de sutures. *Guérison.*

Or, un examen minutieux de la femme, pratiqué par MM. Tarnier, Guéniot, Charpentier et Budin, a montré : 1° que le vagin offre une profondeur et une amplitude normales; 2° que sa muqueuse est, sur tous les points, lisse, humide, mobile et souple, comme on l'observe dans les conditions régulières; 3° que le col utérin se présente, au fond du vagin, en son lieu accoutumé; mais qu'il est presque entièrement dépourvu de saillie, le museau de tanche n'étant figuré que par un petit orifice sur le côté droit duquel on trouve, sous la forme d'un mamelon, le vestige de l'une des lèvres.

De ces constatations, la commission conclut qu'une séparation complète de l'utérus d'avec le vagin n'a pas eu lieu, mais qu'il s'est agi d'une déchirure de l'utérus, intéressant la paroi antérieure, à la jonction du col et du corps, au-dessous de l'anneau de Bandl ou de contraction.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Mai et Juin 1890.

PAJOT communique à la Société, au nom du Dr Clopatowski (de Bogota), une observation d'**adhérence anormale du placenta faisant corps avec le tissu de l'utérus, suivie de mort.** L'accouchement traînant en longueur, on avait administré une quantité, paraît-il, considérable mais non déterminée, d'ergot. L'enfant expulsé et la délivrance tardant, on avait par des tractions intempestives brisé le cordon. Appelé plusieurs heures plus tard, l'auteur releva ces particularités, plus un état de contraction tétanique de l'utérus, sauf en un point, siège probable de l'insertion placentaire. *Traitement* : quarts de lavements laudanisés dans le but de faire

cesser le spasme utérin, injections intra-utérines avec de la liqueur de Van Swieten dédoublée, et, à deux reprises, tentatives d'extraction manuelle de l'arrière-faix. Malgré les efforts soutenus, et à cause de l'adhérence intime du placenta avec le tissu utérin, décollement incomplet.

D'autre part, malgré l'observation d'une antisepsie rigoureuse, développement de symptômes infectieux (frissons, fièvre élevée, prostration, météorisme abdominal), et mort par septicémie, le 3e jour environ après l'accouchement.

En présence d'une semblable terminaison, l'auteur se demande si, les autres moyens ayant échoué, le chirurgien ne serait pas autorisé à pratiquer l'opération de Porro, seule opération qui permet de supprimer le foyer infectieux ?

Discussion. — PAJOT est d'avis que, dans des conditions aussi exceptionnelles et aussi urgentes, l'opération de Porro est justifiée. BONNAIRE rappelle que Skutch (d'Iéna) y a eu recours dans des conditions analogues. BUDIN. A l'autopsie d'une femme morte, à la Maternité, d'hémorrhagie, il trouva un cotylédon tellement adhérent qu'il ne put l'enlever qu'avec le tranchant du scalpel. Dans 2 cas de ce genre, un ou deux cotylédons ne pouvant être détachés, il s'efforça d'enlever le plus possible de tissu placentaire. Pour y réussir, on pétrit entre les extrémités des doigts le tissu des cotylédons, on détache ainsi peu à peu les villosités jusqu'à ce qu'on soit arrivé près de la paroi utérine. L'antisepsie de la cavité de la matrice est ensuite facile à réaliser. CHARPENTIER croit que le curettage de la matrice s'applique très bien aux cas d'adhérence totale et partielle de l'arrière-faix, la curette permet d'arriver jusqu'au tissu utérin ce dont on est averti par un cri particulier. PAJOT reconnaît les avantages du curettage dans les cas de rétention après l'avortement, mais, contre la rétention du délivre, à terme, lorsque cette rétention est due, comme dans le cas de Clopatowski, comme dans un autre cas observé à la clinique, à une fusion intime du tissu placentaire et du tissu utérin, le curettage doit échouer ! Il est en outre dangereux, car on n'est pas averti, ainsi que l'admet M. Charpentier, lorsque la curette arrive sur le tissu sain ; le tissu de l'utérus à terme ne crie pas. CHARPENTIER ne proscrit pas formellement l'opération de Porro. Mais, avant de s'y résoudre, il préférerait essayer d'autres moyens, et en particulier, de la curette qui, maniée prudemment,

donne de bons résultats. DOLÉRIS est également très partisan de la curette et fort peu de l'opération de Porro. Il constate que les auteurs classiques ne sont guère explicites sur les rapports du tissu utérin et du tissu placentaire. C'est une lacune à combler! Mais, de même qu'on énuclée des fibromes, il croit qu'on peut attaquer, avec la curette, le placenta adhérent. PAJOT rappelle le cas d'une femme, morte dans son service, de septicémie due à la rétention du délivre. Différents procédés d'extraction avaient échoué. Or, même à l'autopsie, on ne réussit pas à séparer les deux tissus à l'aide du scalpel. De quelle utilité pratique peut être l'histologie en pareilles circonstances, nous apprendra-t-elle à séparer ce qui est inséparable, la pièce sous les yeux et le scalpel à la main! BONNAIRE est du même avis que M. Pajot. Il a été témoin dans le service de M. Tarnier, d'une observation démonstrative. On avait essayé de détacher avec la curette, un fragment de placenta, on ne put réussir. Or, la femme ayant succombé, on ne put pas davantage, à l'autopsie, séparer le tissu placentaire de la paroi de la matrice.

BONNAIRE. — Rapport sur la candidature de M. Balzer, médecin de Lourcine, au titre de membre de la Société d'obstétrique et de gynécologie. Le travail présenté par M. Balzer à l'appui de sa candidature a trait à la **thérapeutique de la vaginite au moyen d'un agent nouveau, le rétinol**. Cette substance, appliquée déjà en Amérique au traitement de la gonorrhée, des métrites, a été employée par M. Balzer chez une quarantaine de femmes. Le traitement a toujours amené une guérison prompte de la vaginite. D'autre part, le nouvel agent s'est montré particulièrement efficace pour empêcher les récidives des végétations après ablation sanglante. Dans le but de permettre aux femmes de continuer elles-mêmes le traitement, M. Balzer s'est efforcé d'incorporer la substance active dans des mélanges, préparés sous forme d'ovules solidifiés. Le mélange qui, jusqu'à présent, lui a paru le plus avantageux, se compose de rétinol, de colophane et de borax. L'ovule présente une solubilité parfaite; toutefois, l'application est particulièrement douloureuse lorsqu'il existe des exulcérations de la muqueuse et intolérable dans certaines vaginites aiguës très intenses. De nouvelles recherches seront entreprises dans le but de fixer les conditions utiles à l'emploi du rétinol.

Discussion. — CHARPENTIER a employé le rétinol dans quelques

cas de vaginite. Il y a renoncé à cause de ses propriétés agglutinatives, désagréables. Rey présente des ovules, composées de rétinol 2 parties, et de glycérine 18 parties. Il a obtenu de leur emploi des résultats très favorables dans 2 cas de vaginite. Les effets fâcheux constatés par M. Charpentier tenaient sans doute aux défectuosités du mode de préparation. (M. Balzer est élu membre titulaire à l'unanimité.)

Polaillon. a) **Kyste du canal de Nuck.** — Située au-dessous de l'orifice externe, et dans la portion supérieure de la grande lèvre, la tumeur avait été prise pour une hernie inguinale, inhabitée, contenant du liquide et peut-être de l'épiploon. Le kyste, qui adhérait par un fin pédicule à l'anneau inguinal, fut très facilement énucléé et excisé.

b) **Kyste de la glande vulvo-vaginale.** — Tumeur, de la grosseur d'une orange, fluctuante, indolore, refoulant, à gauche, la grande lèvre, effaçant la petite lèvre, et se prolongeant sur la paroi gauche du vagin ; grâce à une dissection minutieuse, le kyste fut enlevé sans avoir été ouvert.

P. Petit. a) **Fragments de tissu, expulsés de l'utérus**, qu'on avait supposés être des produits d'avortement, et qui, en réalité, sont exclusivement formés d'épithélium pavimenteux mélangé d'un peu de mucus; b) **Œuf abortif.** A l'occasion de cette pièce, l'auteur énumère, en faveur du traitement de l'avortement par le curettage, 11 cas de sa pratique personnelle : 1) 4 curettages, sans anesthésie, pour hémorrhagie par rétention du délivre; 2) 2 curettages pour hémorrhagies profuses à la suite d'accouchement à terme; dans ces 2 cas, il y avait rétention de fragments de délivre et rétroflexion mobile; chez l'une de ces 2 malades, le succès n'a pas été complet; 3) 4 endométrites fongueuses se rattachant à des accouchements ou à des avortements assez récents; 4) un simple écouvillonnage pour hémorrhagie grave, survenue le 12e jour après un accouchement à terme, et qui arrêta la perte de sang, alors que les autres moyens, y compris les injections intra-utérines chaudes, avaient échoué ; 5) 2 curettages pour septicémie puerpérale grave, après avortement, l'un suivi de guérison, l'autre, tardif, suivi de mort.

P. Petit, au nom de Doléris. a) **Myôme et grossesse. — Myôme, hystérectomie trois mois après l'accouchement.** — Agée de 30 ans,

la femme dont il s'agit avait eu deux grossesses normales. Sa menstruation avait toujours été relativement régulière, mais depuis plusieurs années elle ressentait des douleurs vives dans le flanc droit, associées à des sensations de pesanteur. La 3e grossesse fut moins bonne que les deux précédentes, surtout dans les deux derniers mois (douleurs dans le bas-ventre, causant de l'insomnie). Perte de sang, deux jours avant l'accouchement; perte assez abondante après la délivrance. Environ 3 mois après, on constatait une grosse tumeur fibromateuse de l'utérus, plus développée à droite, et remontant au-dessus de l'ombilic. *Myômo-ovaro-hystérectomie;* pédicule mixte pariéto-péritonéal, diminué par la méthode de Bantock. *Guérison.* La tumeur était un fibro-myôme, où l'élément musculaire domine.

b) **Fibro-myôme compliqué de grossesse tubaire au début.** — X..., 30 ans, IIpare, première grossesse bonne, terminée à terme, par la naissance d'un enfant bien développé, a été sujette à des troubles assez fréquents de la menstruation. Le 2 mars 1890, règles un peu moins abondantes qu'à l'ordinaire. Le 1er avril et dans les jours qui suivent quelques douleurs vagues dans le bas-ventre. Le 27 avril, *après un retard d'environ 25 jours*, les règles reparaissent et durent 8 jours. Dans la nuit du 3 au 4 mai, l'éruption menstruelle continuant, douleurs dans le bas-ventre et les reins, qui augmentèrent dans la matinée. *Examen :* col entr'ouvert mais de consistance ferme en tout point. Vagin œdémateux, grosse tumeur, partant du petit bassin, pour remonter tout près de l'ombilic, de consistance ferme, arrondie, faisant corps avec l'utérus. *Diagnostic:* fibro-myôme utérin, grossesse récente et avortement probable. *Opération :* Myômotomie avec ablation des annexes. La pièce pathologique, du poids de 910 gramnes, comprend le corps de l'utérus, un fibro-myôme inclus dans sa paroi latérale, et les annexes normales, sauf la trompe, distendue et déformée dans sa moitié externe, rupturée au niveau de sa jonction avec le pavillon, et présentant adhérents à sa paroi des débris ovulaires, un **fibro-myôme**, un peu plus gros qu'un œuf, intra-ligamentaire, et qui était inséré sur la face latérale du segment vaginal du col.

Porak. — Rapport sur le travail de Wallich relatif à la **rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement.** — Des résultats fournis par l'examen anatomique dans 2 cas d'accouchements prolongés, dont on pouvait d'après les notions en cours, rapporter les retards à la

rigidité du col de l'utérus, Wallich a formulé les conclusions suivantes : 1° Que le col de l'utérus ne portait pas des traces d'altérations essentielles, primitives, pouvant correspondre à l'état de rigidité anatomique ; 2° qu'une inertie utérine caractérisée par la rareté et l'irrégularité des douleurs, peut-être énergiques, doit être le facteur principal de la non dilatation du col, au milieu de circonstances défavorables telles que rupture des membranes à un moment éloigné de la dilatation complète, infiltration sanguine et séreuse du col due à la compression prolongée exercée sur la tête fœtale.

A l'occasion de ce travail, Porak a repris, avec observations intéressantes à l'appui, l'étude clinique de la rigidité du col (spasmodique, anatomique). De son rapport, il se dégage l'idée que les faits cliniques ne conduisent pas à admettre, sans réserves, l'absence de toutes lésions primitives du col, comme origine de la rigidité de l'organe. Car, l'examen au début du travail, révèle en certains cas, d'une manière formelle, des modifications dans la consistance et dans l'extensibilité du tissu cervical. Sans doute, la nature de ces modifications reste absolument inconnue, mais, c'est en étudiant les conditions anatomiques du ramollissement du col, question encore fort obscure, qu'on trouvera la raison de sa rigidité.

Terrillon fait un rapport sur un travail présenté par le professeur Treub, relatif au **traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale**. Se fondant sur les résultats obtenus dans 42 amputations supra-vaginales, dont 35 pour fibro-myômes et 7 pour d'autres indications, Treub se déclare partisan du traitement intrapéritonéal du pédicule. En ce qui concerne le procédé opératoire, rien de bien particulier à signaler. M. Terrillon a rapporté deux cas dans lesquels il a procédé de la même manière. Toutefois, l'auteur fait remarquer : 1° qu'il importe, au cours de l'opération, de maintenir les anses intestinales hors du petit bassin, parce que, à défaut de cette précaution, le pédicule, une fois abandonné, pourrait, ainsi qu'il a eu à le déplorer dans un cas, comprimer l'intestin contre la paroi osseuse et produire l'étranglement ; 2° qu'il a définitivement abandonné, pour la fermeture de la plaie abdominale, la suture à étages au catgut, à laquelle il rapporte un cas de mort.

Des 42 opérées, 4 sont mortes, soit, comme mortalité, 9,5 0/0. Cas de mort : 1) fibrome rétro-utérin, atteignant par en bas jusqu'à l'anus et remontant à une largeur de la main au-dessus de l'ombilic. Opération très laborieuse, mort dans le collapsus 25 heures

après l'opération ; 2) mort par occlusion intestinale, intestin pris entre le moignon et le sacrum ; 3° suites opératoires d'abord régulières, au huitième jour accidents fébriles, ouverture d'un abcès au niveau de la cicatrice abdominale. C'est le cas dans lequel l'auteur incrimine la suture à étages ; 4° un tampon, abandonné dans la cavité abdominale, fut le point de départ d'une péritonite mortelle. De cette analyse, il ressort qu'un seul de ces cas, à terminaison malheureuse, est imputable au procédé suivi. *Conclusion :* Avec cette méthode dont les points caractéristiques sont : « *simplicité, vitesse, antisepsie exacte* », le traitement intrapéritonéal du pédicule dans les amputations supra-vaginales donne tout ce qu'on peut désirer. Faite de cette manière, l'hystérotomie abdominale n'est pas plus dangereuse qu'une ovariotomie ». A l'occasion de son rapport, Terrillon se déclare partisan décidé de l'abandon du pédicule dans la cavité abdominale.

OLIVIER — **Trois cas de présentation du siège, mode des fesses.** — Dans ces trois cas, il fallut terminer l'accouchement par une intervention qui fut toujours très laborieuse. L'auteur employa avec succès, dans les 3 cas, le lacs dont l'application fut réalisée à l'aide de son porte-lacs. Les résultats furent : 2 enfants morts, une femme morte. En raison de cette mortalité, et de l'innocuité de la version par manœuvres externes, imputables d'après l'auteur, à la nature même de la présentation, il formule la proposition suivante : « Pendant la grossesse, dans tous les cas où après huit mois de gestation, la tête occupe le segment supérieur de l'utérus, *il faut* pratiquer la version céphalique par manœuvres externes, sauf dans les trois cas suivants : grossesse multiple, malformation utérine, existence soupçonnée de circulaires serrés ».

Discussion : LOVIOT observe que les statistiques apportées dans le débat n'ont qu'une valeur relative, que les cas sont pris en bloc alors qu'il importerait de tenir compte des particularités importantes spéciales à chacun d'eux. VERRIER persiste à considérer la présentation pelvienne comme une présentation normale. D'autre part, il fait remarquer que l'entreprise de la version par manœuvres externes exige un diagnostic sûr, et que parfois ce diagnostic est impossible. Il conclut, qu'il faut beaucoup de prudence et de réserve dans les tentatives de version par manœuvres externes. MAYGRIER a réussi dans plusieurs cas, sans instruments, à insinuer le lacs avec deux doigts dans le sillon inter-crural de

l'enfant, à le pousser de bas en haut de façon à lui faire contourner la cuisse antérieure pour en saisir l'extrémité antérieure entre cette cuisse et l'utérus et l'amener ensuite au dehors. Budin. Les statistiques sont très discutables ; avec des mains habiles les résultats seront évidemment meilleurs. Des 3 cas, communiqués par Olivier, 2 comportaient un pronostic plus sérieux, par le fait qu'il s'agissait de positions sacro-iliaques droites antérieures. En semblables conditions, l'auscultation ne permet pas de bien percevoir les bruits du cœur de l'enfant, et on est ainsi empêché de bien surveiller son état.

R. L.

REVUE ANALYTIQUE

FIBROMES UTÉRINS

Le traitement chirurgical des myômes utérins par l'énucléation vaginale, la castration, la myômotomie et l'extirpation vaginale totale (Die operative Behandlung der Uterusmyome durch vaginale Enucleation, Castration, Myomotomie und vaginale Totalexstirpation), Léopold. *Arch. f. Gyn.*, 1890. Bd 38, Hft 1.

Travail basé sur environ 450 cas de tumeurs myômateuses de l'utérus, dont 140 traités chirurgicalement, et 400 traités médicalement par impossibilité, de nature diverse, d'intervention radicale. L'auteur s'est surtout proposé d'indiquer les considérations dont doit s'inspirer le choix du procédé opératoire, les perfectionnements que ces différents procédés ont subis, les fautes qu'on a pu commettre dans leur exécution, et la manière dont on peut se garer de celles-ci. Il traite aussi, bien que beaucoup plus brièvement, de l'étiologie, de l'anatomie pathlogique, des symptômes, et du traitement non opératoire.

1° **Étiologie**. — L'auteur rappelle les causes multiples, plus ou moins banales, auxquelles on a, de tout temps, accordé, un certain rôle étiologique : chute, traumatisme, irritation prolongée, comme par exemple, l'application réitérée de tiges intra-utérines dans le but de guérir une déviation, la stérilité, l'abandon de débris abortifs dans l'utérus, la régression défectueuse de l'aire placentaire, etc. Mais, ce seraient, tout au plus, des causes adjuvantes, capables seule-

ment d'accélérer l'évolution d'une tumeur, déjà existante, mais petite, restée pour ainsi dire à l'état latent. Il est probable que, suivant l'opinion de Cohnheim, ces tumeurs sont, dès le principe, représentées par de petits noyaux sphériques de faisceaux musculaires, avec ou sans interposition de tissu connectif (myômes et fibromyômes), qu'elles sont d'origine congénitale, et que, si elles ne sont constatées que tardivement, c'est parce qu'elles ne prennent de l'accroissement que lorsque l'activité utérine entre en jeu. C'est au moment de l'établissement des règles que leur présence se traduit par des douleurs et des troubles menstruels. La grossesse, l'accouchement, l'avortement, le décollement du placenta, les manœuvres intra-utérines, exercent une action encore plus marquée sur l'accroissement de ces tumeurs. Cela ressort d'ailleurs nettement de l'inégalité de fréquence des interventions chirurgicales chez les femmes mariées et chez les non mariées. A ce point de vue, les 149 opérations pratiquées par l'auteur se répartissent de la manière suivante :

Opérées 140 :

	MARIÉES		NON MARIÉES
	avec enfants.	sans enfants.	
Énucléations......	18	5	5
Castrations......	16	9	9
Myômotomies....	35	12	9
Extirpations totales..........	13	5	4
Total...........	82 = 58 0/0	31 = 23 0/0	27 = 19 0/0

Anatomie pathologique. — A. *Conditions importantes pour le choix du procédé opératoire :*

Rapports du myôme avec les organes voisins, en particulier avec la vessie, distribution des artères utérines à la tumeur, situation des trompes et des ovaires, rapports de la tumeur avec la cavité utérine et avec sa muqueuse, volume, qui peut varier de celui d'un pois à celui de tumeurs géantes (50 livres).

Variété, la tumeur peut être d'une seule espèce, purement sous-séreuse, ou interstitielle, ou sous-muqueuse, ou bien il peut exister conjointement, des tumeurs de genres différents, tumeur interstitielle unique ou multiple, associée ou non à une tumeur sous-muqueuse ou sous-séreuse, etc., à ce point de vue, toutes les associations sont possibles. L'utérus affecte des formes diverses,

qui correspondent à ces associations variées, augmentation en masse, disposition multinodulaire, etc., autant de types que l'auteur étudie en détail, et qui affectent avec les organes voisins des rapports plus ou moins divers, et réagissent sur eux d'une façon plus ou moins marquée.

B. *Conditions et modifications anatomiques de la tumeur.* — Elles dépendent du siège, du volume, des conditions de nutrition. Tant qu'un myôme sous-muqueux peut se développer librement du côté de la cavité utérine, tant qu'il n'a pas dépassé des dimensions moyennes, sa texture paraît presque fibreuse. Mais, s'il s'enfonce davantage dans le vagin, s'il se trouve comprimé, il subit d'abord un ramollissement œdémateux, est sujet à s'enflammer et à devenir le siège de phénomènes de nécrose et de putréfaction. Si, par hasard, la portion de la tumeur située immédiatement au-dessus de la portion vaginale se trouve comme pressée contre la symphyse pubienne, au point que la circulation en retour est empêchée, les veines des ligaments larges s'engorgent et paraissent comme injectées. Les vaisseaux lymphatiques de la tumeur se dilatent jusqu'à constituer des cavités kystiques ayant les dimensions d'une tête d'enfant. Les fibromes interstitiels peuvent également, ainsi qu'il fut observé dans un des cas recueillis par l'auteur, présenter la transformation caverneuse. Quant aux tumeurs sous-séreuses, ce sont elles qui subissent le moins d'altérations.

C. *Modifications du côté de l'utérus.* — Les plus importantes sont celles de la muqueuse. D'une manière générale, conformément aux observations de Wyder, cette muqueuse est tuméfiée, épaissie. Mais le fait n'est pas constant. Elle est, dans certains cas, réduite à une épaisseur de 1 à 2 millim., ce qui n'empêche pas qu'elle est, même alors, le foyer d'hémorrhagies abondantes, de nature parfois à mettre la vie en danger, et qu'elle peut fournir des écoulements de liquide tellement profus qu'ils équivalent à de véritables hémorrhagies. Cette minceur de la muqueuse peut créer de sérieuses difficultés opératoires quand après avoir attaqué la tumeur par la voie abdominale et l'avoir énucléée, on procède à la suture de la poche. La muqueuse se déchire avec une grande facilité et sur une grande étendue. Des difficultés de même ordre peuvent résulter de la minceur excessive de la paroi externe de la capsule de la tumeur ; la suture est alors difficile et

souvent incomplète ; l'abandon du pédicule dans le ventre, dangereux.

D. *Influence des myômes sur la disposition et l'hyperplasie des artères utérines.* — Non seulement les artères utérines suivent l'allongement que les tumeurs impriment aux parois utérines, mais elles émettent de nouvelles ramifications, tantôt spiroïdes, tantôt sous forme de troncs longitudinaux. Il importe d'être prévenu de cette vascularisation supplémentaire pour se garer, grâce à des ligatures soigneuses, des hémorrhagies immédiates et surtout secondaires.

E. *Déplacements imprimés aux ovaires et aux trompes. Affections concomitantes de ces organes, dégénérescences, métastases myômateuses ou sarcomateuses.* — Les déplacements sont tels en certains cas que l'extirpation des ovaires est impossible ; cette impossibilité de l'extirpation peut également résulter, dans certains cas, d'adhérences solides consécutives à des phénomènes d'ordre inflammatoire, gonorrhéique ou puerpéral. D'autre part, les annexes utérines sont sujettes aux altérations que l'on rencontre en l'absence de myômes utérins (dégénérescences kystiques, par exemple). Enfin, l'utérus myômateux et le myôme lui-même peuvent être le siège de dégénérescence cancéreuse ; dans un cas, il existait des métastases myômateuses ou sarcomateuses, incomptables, sur le péritoine et sur les ligaments larges. De tels faits ont suggéré l'idée que les myômes opérés, avaient une tendance à récidiver et qu'en outre ces produits de récidive étaient plus particulièrement disposés à subir la dégénérescence cancéreuse. Ce serait là une erreur, et *toutes les fois qu'après l'extirpation d'un myôme, on voit un nouveau myôme se développer sur le foyer initial ou en un autre point, il faudrait conclure qu'il était resté des fragments du tissu myômateux.*

3° **Symptômes**. — Douleurs, hémorrhagies, leucorrhée tantôt muqueuse, tantôt glaireuse, tantôt filamenteuse ; stérilité, anémie, troubles de la nutrition générale, et surtout signes de *myocardite dégénérative.*

Cette dégénérescence de la fibre cardiaque doit être prise en très sérieuse considération quand il s'agit de choisir le procédé opératoire.

Toute laparotomie, en pareille circonstance, est une intervention périlleuse, dont les dangers sont très augmentés par l'action

affaiblissante qu'exerce sur le cœur la narcose chloroformique et par la *durée* du traumatisme. En conséquence, s'il s'agit d'une tumeur, de la grosseur d'une tête fœtale et au delà, dont l'extirpation par le vagin est impossible, on donnera, en règle générale, la préférence à la castration, plus courte et plus facile d'ordinaire que la myômotomie. Si les pertes se reproduisaient, il serait toujours possible de faire la myômotomie, tout en ne perdant pas de vue que la femme étant très anémique, ayant un muscle cardiaque dégénéré, c'est toujours une intervention des plus graves, surtout quand on abandonne le pédicule dans le ventre; car, on impose au cœur un supplément de travail, nécessaire pour la résorption du sang, des liquides, des micro-organismes tombés dans la cavité abdominale, pendant ou après l'opération. Quand la tumeur n'est pas assez volumineuse, et que les circonstances exigent néanmoins une intervention radicale, l'extirpation vaginale totale supprime en partie les dangers associés à la laparotomie et à la myômotomie.

4° **Pronostic.** — Il dépend du siège et de la grosseur de la tumeur; il dépend aussi du procédé opératoire. Il est le plus favorable dans les cas d'énucléation par le vagin de tumeurs sous-muqueuses. Il est également bon quand il s'agit de tumeurs interstitielles et sous-séreuses petites, et qu'on a fait l'extirpation vaginale totale de l'utérus myômateux. Il devient déjà plus sévère dans les cas de castration appliquée à des tumeurs interstitielles et sous-séreuses de dimensions plus considérables (dangers inhérents à la laparotomie elle-même, situation défavorable des ovaires et difficulté de leur enlèvement, longue durée de l'acte chirurgical, affaiblissement du cœur). Enfin, quand on a affaire à des myômes d'un volume considérable, et que la myômotomie s'impose, le pronostic s'aggrave au maximum, le chiffre de la mortalité s'élève encore à 10 p. 0/0, même pour les opérateurs les plus habiles. Toutefois, L. Tait a réussi à faire tomber ce chiffre à 1,5 p. 0/0.

Aussi, grâce à un choix plus judicieux des cas, à une connaissance plus complète des phénomènes cliniques et des conditions anatomiques, à l'usage, pour la toilette abdominale, de l'eau stérilisée en remplacement des substances désinfectantes mais toxiques, employées jusqu'ici, on peut espérer qu'on arrivera, en peu d'années, à diminuer de beaucoup la gravité de cette opération.

5° **Traitement.** A. *Médical. Injections sous-cutanées d'ergo-*

tine.— Incontestablement, elles peuvent, souvent, maîtriser et arrêter des hémorrhagies. Mais, le traitement est extrêmement long, souvent inefficace, parfois d'une efficacité transitoire. On en peut dire autant de l'administration interne des préparations ergotées ou de l'hydrasis canadensis.

T. Électrique. — Il semble qu'on ne soit en droit d'en attendre que la diminution des hémorrhagies et par là, la conservation des forces des malades. 3 des malades opérées par l'auteur, avaient été, en d'autres mains, soumises sans aucun avantage à ce traitement.

Petites opérations gynécologiques. — Les injections de teinture d'iode ou de perchlorure de fer sont dangereuses ; le raclage de la muqueuse utérine, après dilatation du col, est avantageux dans les cas de tumeurs interstitielles et sous-séreuses petites ; incision de la capsule parfois utile, mais d'une efficacité presque toujours transitoire ; dilatation de la cavité cervicale avec des tiges de laminaire, capable de supprimer, quand il n'existe que de petits fibromes interstitiels, des métrorrhagies d'une façon définitive; les mêmes résultats sont fournis par l'emploi des bougies d'Hegar. Toutefois, la dilatation, réalisée par le dernier procédé, produit parfois des déchirures de la muqueuse et de la musculeuse dans le voisinage de l'orifice interne. Mais, l'emploi successif, d'abord des tiges de laminaire, puis des bougies d'Hégar, permet d'éviter ces déchirures, de réaliser une antisepsie rigoureuse et de diminuer les hémorrhagies.

B. *Traitement chirurgical.*— Il comprend : 1) l'*énucléation par le vagin*, dans les cas de tumeurs sous-muqueuses ; 2) la *castration* pour les tumeurs interstitielles et sous-séreuses, ne dépassant pas le volume d'une tête d'enfant, à condition que la malade soit assez forte pour supporter la laparotomie et que les ovaires puissent être sûrement et facilement enlevés ; s'il en était autrement, faire l'*extirpation vaginale totale de l'utérus myômateux* et abandonner les ovaires. Cette dernière opération, est l'opération de choix pour les sujets atteints d'anémie profonde ; 3) au cas de tumeurs excédant plus ou moins le volume d'une tête d'enfant, on aura recours à la *myômotomie*, à moins que, grâce à une situation très favorable des ovaires, la castration ne paraisse devoir être une intervention plus simple et moins dangereuse.

I. — ÉNUCLÉATION

L'énucléation des myômes par le vagin est indiquée toutes les fois que se produisent des hémorrhagies considérables et que la tumeur est suffisamment accessible. Quand le col est absolument fermé, il est nécessaire de faire la dilatation complète pour apprécier cette dernière condition. L'opération, simple dans le cas de tumeurs peu volumineuses, difficile quand il s'agit de myômes considérables, exige une antisepsie rigoureuse. Lomer a formulé les propositions suivantes :

1) L'énucléation doit être réservée pour certains cas bien définis, et céder le pas à la myômotomie dans d'autres.

2) Ceux pour lesquels elle convient, sont : a) les myômes du col ; b) les myômes sous-muqueux et interstitiels déjà engagés en partie dans le vagin.

3) Quand le *col est fermé*, l'énucléation doit être rejetée comme dangereuse, l'énucléation par la voie abdominale est à préférer.

Léopold accepte la 2e proposition de Lomer, mais conteste la justesse de la troisième, à laquelle il oppose la suivante : *même quand le col est fermé, qu'il s'agisse de multipares ou de femmes vierges, l'énucléation d'un myôme est facile et non dangereuse, à condition qu'il soit sous-muqueux et que ses dimensions ne dépassent pas celles d'une tête fœtale.* Cette dernière condition, relative aux dimensions et au siège de la tumeur, importe beaucoup. Il est probable que si le chiffre de la mortalité reste encore assez élevé, c'est qu'on n'en a pas tenu assez compte.

Lomer a publié en 1883 une statistique de 112 cas rassemblés dans la littérature médicale qui donne de 16-18 0/0 comme chiffre de mortalité.

Gusserow................................				14-16	0/0
Schröder communique 21 cas personnels					
	avec	5	cas de mort	23	0/0
Hegar-Kaltenbach..	21	4	—	19	0/0
Kaltenbach.........	5	0	—	0	0/0
Frankenhaüser.....	23	3	—	13	0/0
Martin.............	27	5	—	18	0/0
Chrobak...........	20	1	—	5	0/0

La statistique actuelle de l'énucléation vaginale de Leopold

comprend 28 cas avec 1 mort, soit une mortalité de 3,5 0/0. Le cas de mort concerne une femme qui, lors de son admission, avait un myôme en voie de putréfaction, et présentait une anémie profonde. L'issue fatale, en dehors même de toute opération, eût été rapide. Dans un autre cas, on excisa également un myôme putréfié. La malade se remit de cet acte opératoire. Malheureusement, la tumeur ayant continué à être le siège de phénomènes de putréfaction, on procéda à la laparotomie qui se compliqua de péritonite de nature putride, mortelle. Chez une 3e opérée, on dut se contenter de *tentatives d'énucléation*, parce que le myôme était plus gros qu'une tête fœtale. Plus tard, on pratiqua sur l'utérus myômateux l'hystérectomie vaginale totale.

Technique opératoire. — Quand le col est fermé, il est nécessaire, ainsi qu'il a été dit plus haut, de le dilater. Léopold préfère à la dilatation brusque, la dilatation lente, progressive pour laquelle il emploie des tiges de laminaire, rendues rigoureusement aseptiques par une préparation qu'il a indiquée il y a plusieurs années. S'il est nécessaire, il complète la dilatation à l'aide des bougies d'Hegar, et, le cas échéant, il se sert du bistouri. La dilatation étant suffisante, on saisit le pôle inférieur de la tumeur avec une pince de Museux, on l'attire dans le col, et avec l'indicateur on tâche de déterminer la longueur et la largeur du lit de la tumeur. Le mieux est de décortiquer la tumeur, au niveau de sa base, avec le doigt, et de rendre ses connexions plus lâches grâce à des mouvements de torsion. On sectionne les adhérences solides avec les ciseaux de Siebold, et, dans le cas de néoplasmes de dimensions considérables, on fait dans la masse de la tumeur des incisions longitudinales ou spiroïdes, tout en se gardant d'exercer des tractions exagérées ou même de produire l'inversion du point d'implantation de la tumeur. Si, à mesure qu'on se rapproche de cette implantation, on constate la présence d'une masse dure, en forme de pédicule, il convient de la sectionner avec l'écraseur à fil métallique de Meadows. Jamais le pédicule ne devient le foyer d'hémorrhagies. Le myôme enlevé, on nettoie à fond la cavité utérine et on la bourre de gaze iodoformée qu'on peut laisser en place quelques jours.

En ce qui concerne les myômes, déjà engagés dans le vagin ou développés dans une des lèvres du col, rien de bien spécial à noter; même dans quelques-uns de ces cas, il est utile de dilater préalablement le col.

Tant qu'il s'agit de tumeur vivante, l'énucléation ne comporte aucun danger. Mais, l'intervention est toujours grave quand elle est dirigée contre des myômes déjà en voie de putréfaction et qu'il s'agit de malades épuisées et en proie à des accidents fébriles. Il est donc d'une grande importance pour les femmes qu'elles se fassent examiner de bonne heure, qu'elles subissent l'énucléation sans retard, longtemps avant l'apparition de phénomènes inflammatoires.

II. — CASTRATION

La castration est indiquée dans les cas de tumeurs interstitielles et sous-séreuses de moyen volume. On ne peut que par la considération de chaque cas particulier déterminer s'il vaut mieux pratiquer la myômotomie à cause des dimensions de la tumeur, ou l'hystérectomie vaginale totale, en raison par exemple d'une anémie très accusée.

Sur les 98 castrations, que Léopold a faites pour myômes, inflammations chroniques, névroses et malformations, 34 fois ce sont les accidents hémorrhagiques qui ont fourni les indications de l'opération. Des 98 opérées, 11 sont mortes, soit une mortalité de 11 p. 0/0; des 34 opérées pour hémorrhagies 4 sont mortes, donc même chiffre de mortalité 11 p. 0/0. Il convient de remarquer que, comme pour toutes les autres opérations, les cas de morts sont devenus plus rares à mesure que l'expérience chirurgicale devenait plus grande. Aussi, *des 40 dernières opérées, il en mourut seulement une* = 2,5 p. 0/0; *sur les 19 dernières castrations pour myômes pas un seul décès. Suit une série de statistiques de castrations.*

Hegar........	132 cas	16 morts	12 p. 0/0
Lawson-Tait.	245 —	17 —	7 —
	148 —	3 —	2,03 —
Olshausen....	21 —	4 —	19 —
Martin.......	12 —	2 —	16 —
(En raison de myômes)...	7 —	1 —	14 —
Fritsch.......	11 —	2 —	18 —
Schröder.....	24 —	1 —	4,5 —
(En raison de myômes)....	4 —	1 —	25 —

Hofmeier.....	15 cas	3 morts		20 p. 0/0	
P. Muller.....	21 —	1	—	4,7	—
Tauffer.......	17 —	0	—	0	—
Leopold......	98 —	11	—	11	—
(En raison de myômes)...	34 —	4	—	11	—
Total....	744	60	—	8 p. 0/0	

Analyse des cas de castration. — Ces 34 cas se décomposent en 7 castrations incomplètes ou tentatives de castration et en 27 complètes. Sur les 7 premières, 5 fois on ne put enlever qu'un ovaire, 2 fois aucun des deux. Dans les 27 cas, où la castration fut complète, on avait réussi à déterminer, antérieurement à l'intervention, la position des ovaires; dans les 7 cas d'intervention partielle, au contraire, cette détermination n'avait été possible qu'une fois. Dans ce cas unique, l'ovaire gauche était situé latéralement et en haut, tandis que l'ovaire droit constituait une tumeur petite qui, 14 jours avant l'opération, s'était rompue au cours d'un examen. Son adhérence intime à la paroi pelvienne en rendit l'extirpation impossible. Néanmoins l'état de la malade s'améliora tout à fait dans la suite, parce que, sans doute, le tissu ovarique subit une atrophie complète. Dans le 2e cas, l'ovaire gauche accolé au myôme, qui avait les dimensions d'une tête d'adulte, ne put être atteint. L'ovaire droit fut enlevé, mais sans que cette castration unilatérale eût aucun avantage pour l'opérée ; car, après l'opération, la tumeur sous-muqueuse, s'engagea dans le vagin et donna lieu à des hémorrhagies qui furent promptement mortelles.

Aujourd'hui, chez une semblable malade Léopold aurait fait la myômotomie après énucléation du myôme. Une troisième malade avait une tumeur, de la grosseur d'une tête d'adulte, qui remplissait le petit bassin, il fut impossible d'enlever l'ovaire droit. L'extirpation des annexes de gauche amena la cessation des hémorrhagies durant deux mois, mais elles reparurent après ce délai, épuisant de jour en jour la malade. Le 4e et le 5e cas sont très analogues. Il est extrêmement probable que plusieurs années auparavant était survenue une affection gonorrhéique, qui se compliqua d'ovarite, de salpingite et de périmétrite. Les myômes, en voie d'accroissement, déterminaient depuis plusieurs années des douleurs et des hémorrhagies. Dans les 2 derniers cas, il fut possible, bien que

très laborieusement, d'extirper les annexes de droite, tandis qu'à gauche leur situation au sein de produits inflammatoires fusionnés en rendit l'extirpation impossible. Dans les 2 cas, il eût fallu, dès le principe, pratiquer l'extirpation vaginale totale. Enfin, dans les 2 cas où les deux ovaires durent rester dans le bassin, on essaya de la ligature atrophiante des vaisseaux adhérents à l'ovaire. Le procédé amena bien une certaine diminution des tumeurs, et les malades se remirent pour quelque temps, mais, leur ascite ayant reparu, elles succombèrent à bref délai. A l'heure actuelle, Léopold aurait chez ces malades adopté la pratique suivante : incision cruciale de la capsule de la tumeur, énucléation, formation d'un pédicule avec l'utérus et traitement extra-péritonéal du pédicule.

Sur les 27 cas de castration complète, il y eut 3 morts : 1 parce que la malade se fit opérer beaucoup trop tard, 2 par péritonite.

Quand aux 24 autres opérées, elles ont présenté en général les phénomènes suivants : suppression des menstrues, amélioration remarquable, et presque toujours diminution très accusée des règles.

Précautions à prendre. — Pour les femmes profondément anémiées, disposer tout pour que la narcose chloroformique soit aussi courte que possible, éviter qu'aucun désinfectant toxique, même la gaze iodoformée, soit mis en contact avec la cavité abdominale. Si le drainage est nécessaire, mieux vaut le réaliser avec un tube en caoutchouc ou en verre, ou avec de la gaze stérilisée qu'avec de la gaze iodoformée. Il importe également de déterminer bien exactement dans chaque cas les limites supérieures de la vessie.

III. — MYÔMOTOMIE

Définition. — *Extirpation, par la voie abdominale, d'un myôme, avec ou sans ablation concomitante du corps de la matrice.*

Le nombre des myômotomies est de 56, dont 49 pour myômes *interstitiels* ou *sous-séreux-interstitiels*, et 7 pour myômes *purement séreux* à pédicule plus ou moin fin. Les tumeurs du 1er groupe, presque sans exception, variaient du volume d'une tête d'adulte à celui de tumeurs géantes, et avaient déterminé des

hémorrhagies abondantes, une anémie grave datant de plusieurs années, des phénomènes de compression intolérables, etc. ; celles du 2e groupe furent enlevées tantôt au cours de laparotomies entreprises pour répondre à d'autres indications, tantôt parce qu'elles se compliquaient de douleurs d'origine mécanique.

Dans ces 55 myômotomies, le traitement intra-péritonéal du pédicule fut fait.......... 22 fois, avec 5 morts = 22,7 p. 0/0.
Le trait. extra-péritonéal.. 34 — 7 — = 20 —
Total........... 56 — 12 — 21,2 —

Sur les cas appartenant au 1er groupe, 7 fois l'utérus ne fut pas ouvert, pas une seule mort; 15 fois il fut ouvert, 5 morts, toutes par septicémie. Les 7 cas de mort appartenant au second groupe se décomposent ainsi : 3 par hémorrhagie ayant son origine dans le lit de la tumeur, 3 par épuisement amené par une maladie datant de plusieurs années, une par ligature des uretères. Pas un seul cas de septicémie.

Si l'on compare ces résultats avec ceux indiqués par d'autres opérateurs, on a :

Schröder	164	myomotomies.	Morts	49 = 29	p. 0/0
Martin	86	—	—	15 = 17	—
Gusserow	33	—	—	7 = 21,2	—
Olshausen	29	—	—	9 = 31	—
Hégar	31	—	—	10 = 32	—
Kaltenbach	30	—	—	4 = 13	—
Braun	38	—	—	6 = 15	—
Tauffer	31	—	—	6 = 19	—
Fehling	14	—	—	3 = 21	—
Frommel	15	—	—	3 = 0	—
Landau	36	—	—	8 = 22	—
Hofmeier	6	—	—	0 = 0	—
Fritsch	60	—	—	16 = 26	—
Zweifel	28	—	—	2 = 7	—
Leopold	56	—	—	12 = 21,2	—
Total	657			147 = 22,3	p. 0/0

En tenant compte de la statistique dressée par Hofmeier, et en y joignant les cas de sa pratique, Léopold trouve comme chiffre de mortalité pour la méthode intra-péritonéale 24 p. 0/0, pour la méthode extra-péritonéale 15 p. 0/0.

De l'analyse critique de ses 56 observations, et surtout de la considération des circonstances particulières auxquelles l'auteur pense pouvoir rapporter, dans certains cas, l'issue malheureuse, il déduit les propositions suivantes:

1) pour les myômes sous-séreux, à pédicule plus ou moins mince, sans ouverture de la cavité utérine se comporter comme pour une ovariotomie: lier le pédicule, et, après ablation de la tumeur, abandonner le pédicule dans le ventre, ou bien, inciser l'enveloppe séreuse, faire l'énucléation, suturer le bord de la séreuse, et abandonner le pédicule.

2) Quand la cavité utérine ne présente qu'une fine ouverture transversale, il est permis d'attendre de bons résultats de la suture et de l'abandon du pédicule.

3) Si la cavité utérine est largement ouverte, si le tissu musculaire est dégénéré, ramolli, friable ou caverneux, si la vitalité de la malade est amoindrie, s'il paraît plus indiqué, plus circonspect d'éviter au péritoine tout surcroît de travail, il est préférable de s'abstenir de l'abandon du pédicule. Dans ces cas, il est avantageux de jeter un lien sur le col, après avoir soigneusement libéré la vessie. Ce lien ne doit pas être placé trop bas, puis on sectionne le pédicule, après énucléation s'il est possible de tous les myômes, de façon à le réduire à une épaisseur de un à deux travers de doigt. Alors on suture soit d'après le procédé de Fritsch (suture sagittale), en enlevant le lien élastique et fixant le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie, soit, conformément à la pratique d'Hégar, en laissant le lien élastique en place, et en faisant le traitement extra-péritonéal du moignon.

Dans quelques cas, où il est difficile d'attirer le péritoine dans le lien élastique, Léopold suture la séreuse au-dessus du lien; il dit avoir retiré de bons résultats de ce procédé. Du 14e au 16e jour après l'opération, le lien apparaît de lui-même, on l'enlève, après quoi la plaie infundibuliforme se rétrécit rapidement. Dans plusieurs de ses dernières myômotomies, après avoir attiré le myôme au dehors, et lié les ligaments larges, il a fermé le ventre dans la partie supérieure et suturé autour du col la séreuse péritonéale. Alors seulement, il a serré solidement par-dessus le lien élastique, et sectionné la tumeur.

Grâce à ce procédé opératoire, l'action chirurgicale a lieu presque complètement en dehors de la cavité abdominale: la

plaie infundibuliforme est beaucoup plus petite, et met beaucoup moins de temps à guérir.

4) Quand le myôme s'enfonce dans le bassin, ou qu'il s'est principalement développé dans un ligament large, il arrive souvent qu'il est au début impossible d'appliquer un lien. En conséquence, on incise la capsule de manière à arriver directement sur la tumeur qu'on énuclée. Puis, on repousse de bas en haut successivement les nodosités fibreuses, on divise le tissu musculaire intermédiaire et l'on dégage peu à peu ainsi toute la masse de la tumeur. Si l'on a eu soin, chemin faisant, de lier les gros vaisseaux latéraux, l'hémorrhagie est peu abondante et l'on réussit à confectionner un pédicule convenable, qu'on suture sous la sauvegarde du lien.

Si, par hasard, on ne réussissait pas à porter un lien élastique au-dessous du point le plus bas de la loge de la tumeur, il faut lier l'utérus à la plaie de telle façon que l'on puisse accéder librement à la dépression qui la constitue et la bourrer de gaze iodoformée; on peut même inciser largement cette dépression obtenue par énucléation par voie abdominale, du côté du vagin, et placer une mèche de gaze iodoformée, dirigée en bas et destinée à assurer le drainage.

IV. — EXTIRPATION TOTALE, PAR LE VAGIN, DE L'UTÉRUS MYOMATEUX

Cette opération ne convient que pour les myômes sous-séreux ou interstitiels atteignant au plus le volume d'une tête fœtale. A ne considérer que le volume des tumeurs, elle a donc les mêmes indications que la castration. Mais, elle a l'avantage de supprimer, en partie du moins, les troubles souvent liés à la ménopause prématurée, et d'être moins dangereuse. D'autre part, elle offre au chirurgien, dans les cas où en raison d'adhérences trop étendues l'extirpation est impossible, le moyen de débarrasser les femmes de leurs douleurs et des hémorrhagies; on peut dire que les deux opérations se complètent.

Indications : 1) Quand, après insuccès des autres moyens, un myôme uni ou multinodulaire, de la grosseur d'une tête d'enfant, détermine des hémorrhagies, des douleurs, des phénomènes de compression ou d'inflammation, des altérations dégénératives, qui compromettent la santé et la vie.

2) Quand un examen minutieux a permis de reconnaître qu'un ou les deux ovaires sont enflammés et trop adhérents pour que la castration soit possible.

3) Lorsque l'état de faiblesse de la malade fait de la laparotomie une intervention fort risquée.

La condition capitale, c'est que le myôme ne dépasse pas le volume d'une tête fœtale. Il n'est pas nécessaire que l'utérus myômateux présente une certaine mobilité. L'étroitesse du vagiu, chez les vierges ou les nullipares, ne constitue pas, elle-même, une contre-indication.

Sur 21 opérations, il y a eu 3 morts, 13 0/0 : 2 par infection, 1 par complications indépendantes de l'opération. Le 7e jour, au cours de suites opératoires parfaitement régulières, la malade eut des garde-robes sanglantes, des hématémèses qui la tuèrent. L'autopsie montra que ces accidents étaient la conséquence d'un ulcère du duodénum.

Technique opératoire. -- 1) Nettoyage minutieux des organes génitaux internes et externes. Tamponnement du rectum avec un tampon ou des bandes de gaze iodoformée. Nettoyage à fond du col avec une solution phéniquée à 5 p. 0/0.

2) Le vagin est-il trop étroit, on pratique des incisions vaginales assez profondes, pour qu'on puisse introduire commodément une large valve postérieure, qui peut servir à arrêter les hémorrhagies accidentelles. Ces incisions longitudinales marchent de dehors en dedans en se rapprochant, et aboutissent à la ligne d'incision qu'on fait dans le cul-de-sac vaginal.

3) Pour la section circulaire de la portion vaginale attirée en bas.

4) Éloignement en haut de la vessie, principalement sur les côtés, sous le contrôle répété du cathéter. Un assistant est chargé de pousser en bas l'utérus myômateux.

5) Ouverture de l'espace de Douglas. Application dans cet espace d'une éponge fixée à un fil d'argent.

6) On apprécie, à travers l'espace de Douglas, avec l'indicateur les dimensions de l'espace de Douglas. L'utérus se laisse-t-il abaisser de plus en plus par des tractions opérées avec la pince de Museux, on lie les ligaments larges avec des aiguilles mousses et de la soie forte suivant la méthode ordinaire, sans oublier que de fortes ramifications des artères utérines remontent jusqu'aux

trompes. Aussi est-il préférable de lier, en masse, de petites portions de tissus.

7) Quand l'utérus est, immédiatement au-dessus de l'orifice interne, épais, noueux et si large qu'il est impossible de l'abaisser davantage, on commence par faire, suivant la longueur de sa paroi postérieure, une incision profonde. On ouvre la capsule du myôme, et avec le doigt, on énuclée successivement les nodosités autant qu'il est nécessaire pour que l'utérus s'abaisse et que la ligature soit aisée.

8) Une fois l'utérus enlevé, mais les trompes et les ovaires restant, le moignon est disposé sur les côtés après nettoyage minutieux du champ opératoire, l'éponge est retirée, on réunit sur la partie médiane, dans la région qui s'ouvre dans l'espace de Douglas, les lames séreuses, et l'on tasse à gauche et à droite dans les vides des rouleaux de gaze iodoformée dont on bourre également le vagin.

Si l'on observe une antisepsie rigoureuse, si l'on a surtout le soin d'éviter toute contamination des doigts par les matières fécales, *on obtiendra de l'extirpation totale de l'utérus myômateux par le vagin, même dans les cas les plus difficiles, les meilleurs résultats.*

R. L.

Fibromes utérins et grossesse (Fibromi d'utero e gravidanza). PESTALOZZA. *Annali di ost. e ginec.*, sept. 1890, p. 566.

L'auteur traite d'abord la question des rapports des fibromes avec la stérilité et il insiste sur la difformité de la cavité utérine, sur l'abondance des métrorrhagies et sur la leucorrhée. D'autre part, l'endométrite détermine souvent l'oblitération de l'orifice utérin de la trompe ou des troubles dans les mouvements des cils des épithéliums. Les fibromes par les lésions de périmétrite et par l'ascite qu'ils déterminent parfois, peuvent gêner la fécondation. En étudiant de près la structure de l'ovaire, Pestalozza y décrit des altérations dans les follicules.

Si, néanmoins, la grossesse survient, plus la tumeur siège loin de la cavité utérine, moins il y a de chances d'avortement. Le fibrome peut déterminer l'insertion vicieuse du placenta, la grossesse extra-utérine, l'éclampsie, l'albuminurie mécanique et une néphrite par stase vasculaire, l'utérus gravide en rétroversion et l'auteur en rapporte des exemples à l'appui.

Au moment de l'accouchement Pestalozza examine le rôle des fibromes pendant la dilatation et pendant l'expulsion. Ce sont les fibromes interstitiels qui gênent surtout la contraction utérine.

Pendant l'expulsion le rôle des fibromes est absolument mécanique et par conséquent variable ; ils détermineraient souvent des présentations anormales. Enfin, on comprend facilement la fréquence des hémorrhagies après la délivrance car les fibromes, surtout les interstitiels, empêchent l'utérus de revenir sur lui-même.

Après l'accouchement, on a noté parfois la diminution et même la disparition complète du fibrome qui subit alors la même involution que le muscle utérin.

Pendant la grossesse quel doit-être le traitement du fibrome ? L'auteur passe en revue l'avortement provoqué, la myômotomie et l'amputation sus-vaginale de l'utérus gravide ; autant de méthodes dont il donne les indications.

Au moment de l'accouchement il faut essayer de réduire la tumeur et, en cas d'insuccès, faire l'embryotomie, ou l'opération césarienne, ou l'amputation utéro-ovarienne suivant les cas.

P. Mauclaire.

Fibrome avec loge hématique au centre, par M. Rendu, *Lyon médical*, 15 septembre 1889.

La malade, âgée de 48 ans, avait depuis 16 mois des pertes très fétides. Le fibrome pédiculé et gros comme une orange présentait à son centre une grande loge pleine de sang ce qui lui donnait l'apparence d'un kyste uniloculaire, dont la paroi avait l'épaisseur d'un doigt.

P. Mauclaire.

II. — De l'accouchement prématuré artificiel (1)

Tentative de substitution d'une méthode de traitement à l'accouchement prématuré (Ein Versuch zum Ersatze der künstlichen Frühgeburt), L. Prochownick. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 33, p. 577.

Les tentatives curieuses faites par l'auteur lui ont été suggérées par la considération du grand nombre d'enfants qui, venus au monde à la suite de l'accouchement prématurément provoqué pour cause de sténose pelvienne, succombent plus ou moins tôt. Ces enfants, après être venus au monde vivants, seraient em-

(1) Suite et fin. Voir *Annales*, octobre 1890, p. 316.

qu'elle fait courir à l'enfant, dangers exagérés peut-être, puisque Braun en particulier, a obtenu, avec elle, 73 p. 0/0 enfants vivants.

La seconde méthode a été réalisée de diverses manières. Le procédé d'application, le plus simple, était sans conteste celui de Krause, introduction d'une sonde entre les membranes et la paroi de l'utérus. Mais si, avant l'observation rigoureuse des précautions antiseptiques en obstétrique, la sonde provoquait régulièrement les contractions, son séjour dans l'utérus avait été plusieurs fois l'occasion d'infections sérieuses, mortelles même. Depuis l'observation des précautions antiseptiques, ces inconvénients graves ont, il est vrai, complètement disparu, mais le procédé est devenu beaucoup moins sûr en certains cas tout à fait inefficace. Le procédé de Tarnier, application du ballon excitateur, est jugé par l'auteur inférieur à celui de Krause. Il entreprend ensuite l'étude critique du procédé imaginé par Champetier de Ribes (1), reprend les objections déjà faites (difficulté relative de l'introduction, dangers de produire des présentations vicieuses, fréquence de la procidence du cordon), et formule de la façon suivante son jugement sur ce procédé : « quand on donne à l'utérus la tâche de faire passer par un bassin rétréci un ballon grand comme la tête fœtale et de faire la dilatation complète par ce même ballon, non seulement l'utérus fatigué n'aura plus la force de faire naître l'enfant, mais il se peut qu'il s'oppose à l'opération de choix ».

Treub a cherché un appareil qui n'eût pas les inconvénients attachés aux autres, et basé son procédé sur le principe suivant : introduire entre l'œuf et l'utérus un corps étranger plus volumineux que la sonde de Krause. Sur une sonde en gomme, n° 10 de la filière Charrière, abrasée à ses deux extrémités, est fixé un condom en caoutchouc, de telle façon que le bout de la sonde qui pénètre dans le condom est à 10-12 cent, de l'extrémité fermée de celui-ci ; l'autre bout de la sonde est ajusté à un morceau de sonde Nélaton, destiné à s'adapter à la canule d'un injecteur. Le condom s'engaine dans une grosse sonde, n° 30 de la filière, sauf son extrémité fermée qui dépasse le bout supérieur de cette grosse sonde, dite *conductrice*. La longueur de celle-ci est telle que son extrémité inférieure ressort un peu dans le vagin, quand la portion supérieure du condom se trouve portée *au fond* de l'utérus.

(1) Voir *Annales de gynécologie*, décembre 1888, p. 401.

L'appareil une fois introduit dans l'utérus, introduction qui se fait sans difficulté chez les multipares, après ou sans fixation préalable du col de l'utérus, on injecte une petite quantité de liquide (eau boriquée), après quoi on retire la sonde conductrice, on finit d'injecter dans le condom la quantité d'eau convenable (175 cent. c. et au delà), et l'on ferme la sonde par laquelle se fait l'injection.

L'auteur relate 20 observations dont 15 se rapportent exclusivement aux résultats fournis par son appareil, les 5 autres à l'emploi pour la provocation de l'accouchement chez des primipares, de la méthode de Dührssen (tamponnement du col avec des lanières de gaze iodoformée) combiné ou non avec la sienne.

En résumé, les observations ne sont pas concluantes et n'attestent pas d'une manière évidente la supériorité de ce nouveau procédé sur celui de Champetier de Ribes. L'introduction de l'appareil a déterminé plusieurs fois la *rupture prématurée des membranes*, des *hémorrhagies* ; enfin, la durée moyenne de l'accouchement, depuis l'application de l'appareil jusqu'à sa terminaison, a été de 31 heures.

D'ailleurs, l'auteur lui-même formule des réserves. Il demande qu'on contrôle la valeur de son procédé, contrôle qui permettra de décider « s'il est bon à employer ou s'il ne vaut qu'une mention à titre d'expérimentation clinique ».

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

De l'opération césarienne, méthodes et procédés d'exécution, par le Dr Berlin (de Nice). Paris, Doin, 1890.

L'auteur qui a adopté pour son exposition la méthode historique a divisé son consciencieux travail en quatre parties.

Les deux premières nous retracent encore une fois la sombre histoire déjà si souvent faite de l'opération césarienne depuis les temps mythologiques jusqu'à 1876.

La troisième raconte la période moderne ; de 1876 à 1882 la grandeur et la décadence relative de la méthode de Porro devenue aujourd'hui méthode d'exception ; de 1882 à nos jours, la renaissance de l'opération césarienne conservatrice avec la méthode de

Saenger dont l'auteur décrit minutieusement le manuel opératoire, les modifications ultérieures, enfin les résultats.

La 4e partie, la plus importante, comporte la description de la technique d'ensemble et de l'opération proprement dite.

Conclusion : L'opération césarienne rajeunie, transformée dans son mode d'exécution comme dans ses résultats, est réhabilitée. Mais le moment n'est pas encore venu de la substituer de parti pris aux opérations fœticides. Elle doit rester jusqu'à nouvel ordre une opération d'exception.

H. V.

Contribution à l'étude de la thérapeutique intra-utérine antiseptique (De la dilatation et du pansement antiseptique de la cavité utérine dans le traitement des métrites chroniques), par L. Couturier. Paris, Doin, 1890.

Une première partie de ce travail est consacrée à résumer nos connaissances actuelles sur l'étiologie et l'anatomie pathologique des métrites. Au point de vue de la pathogénie, l'auteur distingue 1° l'agent infectieux ; 2° les causes locales facilitant ou entretenant l'infection (déchirures du col qui servent souvent de porte d'entrée à l'infection à l'époque de l'accouchement, déchirures du périnée et prolapsus génitaux consécutifs qui favorisent l'entrée des microbes dans la cavité utérine, enfin déviations utérines qui s'opposent à l'écoulement régulier des produits de sécrétion).

Dans la deuxième partie, thérapeutique, l'auteur pense que le gynécologiste doit tendre :

1° A provoquer et à amener l'évacuation permanente des liquides septiques de l'utérus ;

2° A désinfecter la cavité utérine en supprimant les parties malades ;

3° A s'opposer à la réinfection.

Ces trois indications sont remplies par la dilatation artificielle de l'utérus, par l'emploi d'agents modificateurs de la paroi utérine, que ces agents soient mécaniques, caustiques ou antiseptiques et par la restauration orthopédique ou organique des organes génitaux, le traitement des lésions organiques et des déviations. La dilatation utérine seule suffit souvent à arrêter ces hémorrhagies anciennes et abondantes. Combinée avec un pansement antiseptique soigné, soit avec de l'iodoforme, soit avec de la glycérine créoso-

tée, soit avec du sublimé, elle peut par une désinfection maintenue pendant un certain temps venir à bout de la plupart des métrites. Le curettage sera réservé aux cas exceptionnels où les fongosités de la muqueuse utérine ont acquis un tel développement qu'on ne pourra en espérer la désagrégation lente ou la régression.

LOUIS.

Étude comparative des différents traitements de prolapsus utérin, par le Dr VATON. Paris, Doin, 1890.

Les deux premiers chapitres sont consacrés à l'étude de l'étiologie, du mécanisme et de l'anatomie pathologique du prolapsus utérin et contiennent un exposé concis de la question. L'historique du traitement fait avec soin et clarté présente un grand intérêt. Puis l'auteur étudie le traitement médical (pessaires et massage) et montre qu'il est parfois nuisible et presque toujours, sinon toujours, inefficace. Aussi est-on presque toujours obligé d'en venir tôt ou tard au traitement chirurgical. Celui-ci comprend trois sortes d'opérations :

1° Celles qui agissent sur les annexes, vulve, vagin, ligaments ronds.

2° Celles qui agissent par l'ablation totale ou partielle de l'organe prolabé.

3° Celles qui sont destinées à fixer l'utérus à la paroi abdominale en ouvrant ou en n'ouvrant pas le péritoine.

Toutes ces opérations n'ont ni la même gravité, ni la même efficacité, ni les mêmes indications. Elles ne sont donc pas absolument comparables entre elles.

Il faut tenir compte, dans le choix de l'intervention, de l'âge et de la condition sociale de la femme. Chez les jeunes filles et les jeunes femmes on pratique, si le prolapsus est léger, l'opération d'Alexander-Alquié et si le prolapsus est grave, l'hystéropexie abdominale par le procédé de Terrier. Chez les femmes âgées ayant dépassé la ménopause on remédiera au prolapsus par le cloisonnement du vagin associé à la colpopérinéorrhaphie et aux autres opérations pratiquées sur les annexes. Enfin si l'utérus est tellement prolabé, tellement hypertrophié que la réduction est impossible, ou si l'organe subit une dégénérescence maligne quelconque on aura recours à l'hystérectomie vaginale de préférence à toute autre.

8 planches hors texte facilitent la compréhension des divers procédés opératoires. LOUIS.

Contribution à l'étude des psorospermoses cutanées et de certaines formes de cancer : maladie de la peau dite maladie de Paget, par Louis WICKHAM. Paris, Masson, 1890.

Décrite pour la première fois en 1874 par sir James Paget, la variété de cancer du sein consécutive à des lésions chroniques du mamelon, a, depuis lors, été observée un grand nombre de fois. Un regain d'actualité vient d'être donné à l'étude de cette affection par les travaux de Malassez, puis de Darier, qui ont montré que cette lésion s'accompagnait constamment de la *présence* dans les tissus malades *d'une coccidie*. C'est à grouper les diverses observations publiées, en y ajoutant le fruit de recherches personnelles consciencieuses, que s'est attaché M. L. Wickham.

L'intérêt de son travail réside principalement dans une étude minutieuse des lésions de cette affection. *Histologiquement*, elle est essentiellement caractérisée par une désorganisation considérable de l'épiderme ; les cellules normales de celui-ci ont disparu ; on trouve à leur place des corps ronds volumineux entourés de cellules migratrices ou bien l'épiderme présente des traces de prolifération épithéliale active ; le derme est enflammé et épaissi. A une période plus avancée on trouve les lésions de l'épithélioma lobulé, ou du tubulé, ou du carcinome ; le tout naissant à la fois de l'épiderme et des glandes mammaires sébacées et sudoripares. Au niveau de ces lésions existent des corps ronds, volumineux, *psorospermies oviformes* ou *coccidies*. Il suffit pour les voir de racler la surface malade, de dissocier dans une goutte d'eau et d'examiner au microscope. Ces recherches tendraient à établir que certaines tumeurs malignes reconnaissent pour cause un parasite et non pas une déviation nutritive de cause interne. Déjà ces psorospermies ont été observées dans des épithéliomas cutanés, ne répondant pas au type de Paget, par W. Dubreuilh et par L. Wickham, dans un épithélioma vésical par J. Albarran ; mais comme on a vu ces parasites dans des lésions diverses, tumeurs de la crête du coq, acné varioliforme (Neisser), psorospermose folliculaire végétante (Darier), etc., on est en droit de se demander s'il ne s'agit pas là d'un parasite banal, trouvant dans certaines lésions un milieu favorable à son développement ; aussi, malgré tout l'intérêt qui s'attache à ces

divers travaux, ne pouvons-nous encore nous rallier absolument à l'opinion de l'auteur et affirmer d'une manière définitive la nature parasitaire du cancer.

H. H.

De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique, par AUVARD. Paris, Lecrosnier, 1891.

Bien conçu comme plan général, ce manuel est divisé en deux parties. Dans la première, l'auteur étudie les microbicides, mécaniques, physiques et chimiques, l'antisepsie du personnel médical, de la patiente, des instruments, des objets de pansement, etc. Dans la deuxième, l'antisepsie est successivement envisagée d'une manière plus spéciale, pendant la puerpéralité et en dehors de la puerpéralité.

Manuel d'électrothérapie gynécologique, par L. BRIVOIS. Paris. Doin, 1890.

L'auteur se propose dans la première partie de son livre d'initier le lecteur aux connaissances spéciales que réclame l'emploi de l'électricité en gynécologie. Après avoir donné un aperçu très succinct des phénomènes fondamentaux, énoncé les unités électriques adoptées par le congrès de Paris de 1881, les lois électriques importantes à connaître, étudié les différentes manifestations de l'électricité utilisable en gynécologie, il décrit l'outillage dont on aura à se servir.

La 2e partie de l'ouvrage est consacrée à l'électrothérapie ; la voltapuncture y tient une place importante, la place d'honneur est réservée au traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli (chimicaustie intra-utérine), procédé déjà connu et auquel l'auteur ajoute quelques détails techniques. La faradisation y est également indiquée.

MALLY.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1890

TRAVAUX ORIGINAUX

HYSTÉROPEXIE OU SUSPENSION DE L'UTÉRUS A LA PAROI ABDOMINALE

Par le Dr H. Delagénière (du Mans), ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

L'opération dont je veux tracer l'histoire et étudier les applications est de date trop récente pour qu'une opinion formulée et tranchée puisse être émise. Je me bornerai donc, comme l'ont fait la plupart des chirurgiens qui ont écrit sur la question, à résumer les documents connus, à faire l'examen critique des procédés employés, en m'appuyant pour ce dernier point sur les règles générales de la chirurgie abdominale et sur les faits que j'ai eu l'occasion d'observer dans le service de mon maître M. Terrier.

Ma tâche sera singulièrement facilitée par le travail considérable de mon excellent ami le Dr Marcel Baudouin qui a fait de ce sujet l'objet de sa thèse inaugurale (1). Là se trouvent exposés et judicieusement critiqués tous les matériaux de la question.

Ils sont étudiés surtout au point de vue des rétro-déviations utérines, et l'auteur cherche peut-être un peu trop à

(1) M. Baudouin. *Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétro-déviations de l'utérus.* Th. Paris, 1890.

faire de l'hystéropexie une opération spéciale réservée à ces seuls cas déterminés. Je ne le suivrai pas dans cette voie, non plus que mon collègue et ami Dumoret qui, lui, semble réserver l'opération pour le prolapsus utérin. A mon sens, la suspension de l'utérus à la paroi abdominale peut être indiquée dans différents cas. La question revient donc à savoir si cette suspension de l'utérus est *possible*, si elle est *durable*, enfin si elle peut être employée pour remédier à certains états pathologiques.

II

Je n'insisterai pas sur la définition qu'il faut donner de l'hystéropexie ; aujourd'hui, tout le monde s'entend sur ce point. C'est une opération qui a pour but de suspendre l'utérus en le fixant à la paroi abdominale antérieure.

J'admets comme la plus exacte la circonlocution proposée par Baudouin (1): *Hystéropexie abdominale antérieure* : mais pour plus de simplicité je désignerai dans le cours de cette étude, l'opération qui nous occupe simplement par le mot *hystéropexie* (2). D'autres dénominations ont été proposées, toutes également mauvaises et incomplètes, je les énumérerai cependant pour empêcher le lecteur de s'égarer dans les publications déjà très nombreuses sur cette question : *ventro-fixation*; *utéro-fixation*; *hystérorrhaphie*; *antéfixation*; *gastrohystéropexie*; *utérorrhaphie*; *gastrohystérorrhaphie*; *gastrohystérorsynaphie*; *laparohystérorrhaphie*; *laparohystéropexie*; *symphyse utéro-pariétale*, etc.

III

Dans l'hystérotomie abdominale, on peut fixer le moignon utérin à la paroi, mais ce n'est là qu'un mode d'*hystéropexie complémentaire*, dont nous n'avons pas l'intention de nous occuper. Nous n'aurons en vue que l'hystéropexie faite de

(1) *Loc. cit.*, p. 11.

(2) Terme proposé par le professeur TRÉLAT.

propos délibéré, dans le but de remédier à une lésion définie.

C'est en 1869 que fut faite la première hystéropexie, par Kœberlé. Il s'agissait d'une rétrodéviation. Six ans plus tard, Sims répéta l'opération. Kaltenbach (1), en 1876, fixa l'utérus à la paroi pour remédier à un prolapsus.

Dès lors le principe était posé, mais l'opération ne jouit pas tout d'abord d'une bien grande faveur, surtout en France. Ce n'est qu'en mars 1889 que la question subit une nouvelle impulsion par la publication du mémoire de M. Terrier. Depuis cette époque, les observations se sont multipliées; c'est ainsi que Dumoret relève 11 cas pour prolapsus et Baudouin 78 pour rétrodéviations, soit un total de 89 cas.

Actuellement, le point en litige qui préoccupe le plus les chirurgiens est la question de la solidité et de la permanence des adhérences créées. En un mot, l'hystéropexie est-elle définitive et peut-elle l'être ?

IV

La fixation de l'utérus à la paroi abdominale ne peut se faire d'une façon sûre et vraiment chirurgicale qu'après avoir ouvert l'abdomen.

Il faut donc être convaincu de l'innocuité de la laparotomie d'une façon générale, et *de la laparotomie telle que l'on peut soi-même la pratiquer,* pour tenter une semblable opération.

Elle ne diffère donc pas en cela des autres opérations abdominales et exige l'observation scrupuleuse des règles de la méthode antiseptique.

Ce principe fondamental posé, l'hystéropexie, au point de vue du manuel opératoire, est une opération qui repose sur ce fait de physiologie expérimentale, que deux séreuses, mises en contact intime et permanent, s'unissent rapidement et définitivement. Ce principe domine toute la chirurgie abdo-

(1) DUMORET. *Laparo-hystéropexie.* Th. Paris, 1889, p. 16.

minale, qu'il s'agisse d'une plaie simple de l'intestin, d'une résection de cet organe ou de l'estomac, ou de la fixation d'un organe quelconque de l'abdomen à un autre ou à la paroi abdominale.

Dans tous les cas, on se propose d'établir des adhérences permanentes au moyen de points de sutures ; ou quelquefois, par atavisme, au moyen de substances caustiques ou en maintenant le contact par des pinces, des broches ou autres instruments de la vieille chirurgie.

Les adhérences qu'on obtient par les points de suture se forment avec une rapidité extrême. En quelques heures, chez des animaux, elles peuvent être assez solides pour ne pouvoir facilement être détruites par des tractions. Il en est de même chez l'homme ainsi qu'on peut s'en convaincre dans le cours de certaines autopsies. Harley cite un cas de Bryant où une plaie intestinale faite pour extraire un calcul volumineux fut trouvée parfaitement réunie 8 heures après l'opération (1).

La solidité des adhérences ainsi obtenues est aussi très grande. Il faut cependant s'entendre sur cette question de solidité. Assurément si l'on ne considère que les deux feuillets séreux, ils s'unissent intimement l'un à l'autre et leur séparation devient bientôt impossible.

Ils sont fusionnés. Mais si on considère les deux organes qu'on a voulu unir l'un à l'autre, ils conservent vis-à-vis de leur recouvrement séreux leur indépendance relative. Les feuillets séreux restent bien en contact, mais les organes peuvent se décoller pour ainsi dire de leur séreuse. Je me souviens, à ce propos, avoir examiné au mois de novembre 1889, une malade de M. Terrier opérée le 13 mars 1888 (2).

L'utérus était encore suspendu à la paroi, mais par des adhérences relativement lâches et souples, qui lui laissaient

---

(1) HARLEY. *Diseases of the Liver*, p. 670.

(2) Voir l'observation in *Bull. Soc. chir.*, 1888.

une certaine mobilité sur la face profonde de la paroi abdominale.

D'ailleurs mon maître, M. Lucas-Championnière a pu vérifier le fait en pratiquant une nouvelle laparotomie le 3 février 1890 à une femme hystéropexiée le 30 novembre 1889. L'utérus était relié à la paroi abdominale par une adhérence très solide en forme de faux (1).

On peut donc obtenir par des points de suture un contact assez intime et assez permanent pour donner aux adhérences le temps de se former. Il nous reste à voir à présent quels sont les fils qui doivent être employés de préférence. On pourrait, en effet, se trouver embarrassé en présence des hésitations de certains chirurgiens pour le choix de leur fil et de la préférence marquée de certains autres pour un fil déterminé. Je rappellerai les expériences qui ont été faites par Thompson avec des fils préparés d'après les procédés ordinaires (2).

A. — *Au point de vue de l'asepsie :*

1° Le catgut chromé trouble la gélatine dans quelques cas.

2° Le catgut phéniqué la trouble immédiatement.

3° La soie n'a jamais donné de cultures.

B. — *Au point de vue de la résorption :*

1° Le catgut chromé au bout de 64 jours n'était pas encore résorbé mais entouré de fausses membranes.

2° Le catgut phéniqué complètement résorbé au bout de 17 jours.

3° La soie complètement résorbée en 64 jours.

Il résulterait de ces expériences que le catgut phéniqué doit être rejeté à cause des dangers d'infection qu'il fait courir; qu'on devrait lui préférer le catgut chromé comme plus aseptique et plus difficilement résorbable, enfin que la soie serait le plus sûr et le meilleur moyen de suture.

A mon sens, la nature des fils importe peu. Ce qui est indispensable c'est d'avoir des fils aseptiques.

(1) Observation citée dans la thèse de BAUDOUIN.

(2) *Cent. f. Gynaek.*, n° 24, 1889.

Le catgut phéniqué employé par Thompson dans ses expériences était sans doute mal préparé ; c'est, je crois, tout ce qu'il a prouvé.

V. — Indications.

Dans ce chapitre, le plus difficile à traiter et aussi le plus important pour les praticiens soucieux de faire bénéficier leurs malades des méthodes chirurgicales modernes, il ne s'agira que des hystéropexies de propos délibéré. En effet, il peut se faire qu'au cours d'une laparotomie le chirurgien ait avantage à fixer l'utérus à la paroi, lorsque par exemple il a détruit les ligaments utérins, lorsqu'après avoir détaché des adhérences pelviennes il craint de voir l'utérus se fixer dans une situation vicieuse; quand enfin il trouve dans l'hystéropexie un moyen de remédier à une situation vicieuse d'un organe quelconque.

Dans ces circonstances, l'hystéropexie est complémentaire d'une autre opération et ses indications ne sauraient être précisées d'avance. Il n'en est pas de même dans certains cas pathologiques définis où la fixation de l'utérus est pratiquée de propos délibéré pour guérir la malade.

Nous allons successivement passer en revue les différents cas pour lesquels l'hystéropexie a été conseillée; le prolapsus utérin, les rétrodéviations, les inversions utérines, et certains cas de prolapsus des annexes.

Le *prolapsus utérin* se rencontre chez des femmes dont le périnée, pour une cause ou une autre, est devenu insuffisant. Il y a eu déchirure du périnée, relâchement d'une ou des deux parois vaginales, ce qui se traduit par de la cystocèle ou de la rectocèle. On a cherché d'abord à remédier à cet état de chose par des opérations multiples pratiquées sur le vagin et le périnée. Les plus efficaces de ces opérations ont été les colporrhaphies, antérieure et postérieure, et les périnéorrhaphies. On arrive ainsi à rétrécir la vulve et le vagin, à diminuer la cystocèle et la rectocèle; quand la malade quitte l'hôpital elle est guérie, mais pour un temps seulement.

Bientôt, en effet, les cicatrices se relâchent, la cystocèle reparaît puis le prolapsus complet. L'utérus, dont les moyens de fixité sont restés insuffisants, n'a pas cessé par son poids de comprimer, de distendre les cicatrices qui seules faisaient obstacle à sa descente, de telle sorte que celles-ci ont cédé à la longue et ont permis le retour des accidents.

Dans ces conditions, l'hystéropexie se propose de soutenir l'utérus, de remplacer ses moyens de fixité naturels par la création d'adhérences solides qui maintiendront l'organe suspendu et l'empêcheront de venir faire saillie entre les grandes lèvres et d'entraîner avec lui la vessie et les parois vaginales.

Le but sera-t-il atteint, ou mieux l'hystéropexie sera-t-elle capable de guérir radicalement le prolapsus ? nous ne le croyons pas et serons en cela moins affirmatifs que notre collègue et ami M. Dumoret (1) dont le travail repose sur 25 observations la plupart très récentes. Nous avons vu des récidives de prolapsus après l'hystéropexie simple, ce que nous nous expliquons de la façon suivante :

L'utérus, par son poids, lutte incessamment contre ses adhérences et moyens de soutien, il n'est pas arrêté par le périnée, puisqu'il est insuffisant, et il finit par triompher de ses nouveaux moyens de fixité, d'autant plus vite qu'ils seront moins considérables et que le périnée sera plus faible.

Dès lors, la conclusion sera facile à tirer, il faudra d'abord rendre à la malade un périnée suffisant, puis pratiquer l'hystéropexie afin de maintenir l'utérus soulevé. Assurément, dans ces conditions, les adhérences factices, établies entre l'utérus et les parois abdominales, pourraient subir un certain degré de distension jusqu'à ce que le périnée intervienne à son tour en opposant un plancher sur lequel l'utérus pourra prendre point d'appui. Le rôle des adhérences pariétales et celui du périnée restauré seront donc en quelque sorte corrélatifs. Tout au moins, ils lutteront l'un et l'autre contre

(1) DUMORET. *Loc. cit.*

le poids de l'utérus et, par suite, auront plus de chance d'en triompher. Est-ce à dire qu'on arrivera dans tous les cas à guérir les prolapsus de l'utérus, nous ne le croyons pas; mais nous sommes convaincus que l'hystéropexie aidée d'une restauration vaginale et périnéale constitue aujourd'hui le meilleur traitement du prolapsus et le seul qui soit efficace.

Les *rétrodéviations de l'utérus* seraient, d'après notre ami Marcel Baudouin, surtout justiciables de l'hystéropexie. Ici, les adhérences établies entre l'utérus et la paroi abdominale n'auront pas à lutter contre le poids total de l'utérus, il leur suffira d'en empêcher la bascule. L'hystéropexie seule suffira pour remédier à l'état de chose. D'ailleurs, sur 235 observations rassemblées par lui, il n'y aurait qu'un seul cas d'intervention périnéale après l'hystéropexie et cinq ou six seulement comme opérations préalables.

Quelles sont maintenant les rétrodéviations pour lesquelles l'hystéropexie sera indiquée? Nous croyons utile de distinguer différents cas.

Au point de vue anatomo-pathologique les rétrodéviations peuvent être simples, c'est-à-dire ne présenter aucune complication. Le fond de l'utérus rétroversé ou rétrofléchi regarde seulement en arrière en déterminant des désordres de simple compression. Mais le plus souvent les choses ne se passent pas aussi simplement, et l'utérus rétrodévié contracte en arrière des adhérences soit avec le rectum soit avec les parois du bassin; souvent ces adhérences sont elles-même consécutives à des lésions des annexes. Dans ces conditions, la rétrodéviation doit être considérée comme grave. Ceci posé comme principe fondamental, tout chirurgien qui sera en présence d'une rétrodéviation ayant causé quelques troubles devra, dans certains cas, considérer l'hystéropexie comme une opération urgente et dans certains autres comme une opération seulement nécessaire.

1° *L'hystéropexie est urgente*, dans tous les cas de rétrodéviations graves. Les lésions concomitantes des annexes,

les adhérences pelviennes qui se reconnaîtront à ce que l'utérus est fixé dans sa position vicieuse *seront des indications absolues d'intervention*. Peu importe qu'il s'agisse de rétroversions ou de rétroflexions, le fait essentiel, qui rend l'opération urgente, est la présence d'adhérences ou de foyers infectés dans la cavité péritonéale.

2° *L'hystéropexie sera seulement nécessaire* lorsque l'organe rétrodévié aura conservé sa mobilité. Ici les symptômes qui feront proposer l'intervention seront les douleurs intenses éprouvées par les malades, le ténesme rectal, la constipation opiniâtre, des troubles menstruels variables. C'est dans cette catégorie de faits que, selon nous, on doit faire rentrer les corps fibreux développés à la face postérieure de l'utérus. Dans ce cas, en tout comparable à une rétroflexion, l'hystéropexie sera consécutive à l'ablation des annexes, d'ailleurs comme dans les cas de rétro-déviations graves avec lésions des annexes.

Nous n'insisterons pas sur la question de savoir si l'opération doit être conseillée dans les cas de rétrodéviations simples et n'amenant aucun trouble. Il nous semble que l'opération devra être différée jusqu'à l'apparition des premiers symptômes (1). Alors on ne devra pas tarder à intervenir pour ne pas laisser le temps à cette rétrodéviation de se transformer en rétrodéviation grave.

L'inversion utérine, d'après Marcel Baudouin, constitue une lésion très grave pour laquelle l'hystéropexie serait indiquée quand la réduction a été obtenue. Gaillard Thomas est arrivé à désinverser un utérus après une laparotomie. Munde, Fraenkel, Schmalfuss, ont suivi son exemple avec succès. N'est-il pas logique de chercher, en fixant le fond de l'utérus à la paroi, à s'opposer à la reproduction de l'inversion. En tous cas, cette manière de faire est plus chirurgicale, et nous ne la croyons pas plus grave que les amputa-

(1) Il n'est pas exceptionnel, en effet, de rencontrer des femmes atteintes de rétrodéviations fort anciennes dont elle n'ont jamais souffert.

tions vaginales de l'organe inversé, et surtout les tentatives aveugles de réduction.

Le *prolapsus des ovaires*, dans certains cas, nécessitera l'hystéropexie. Presque toujours, le prolapsus s'observe dans des cas de lésions des annexes qui tombent et se fixent en arrière de l'utérus, dans la cavité de Douglas. Dans ces conditions, l'ablation des annexes s'impose et il n'y a pas lieu de faire l'hystéropexie. Il n'en sera pas de même si les annexes prolabées sont saines. Dans ce cas, l'hystéropexie permettra de les placer dans une situation à peu près normale, et d'assurer leur libre fonctionnement. Dans ces conditions, l'opération a été pratiquée cinq fois avec succès.

VI. — Contre-indications.

Nous laisserons de côté les contre-indications générales à toute laparotomie : âge trop avancé, cachexie, diabète, affections cardiaques et pulmonaires, elles n'ont rien de spécial ici.

La question de grossesse future a préoccupé quelques chirurgiens, et Marcel Baudouin a fait de cette question une étude approfondie (1). Nous la résumerons en quelques mots. Seuls des faits de grossesse chez des femmes opérées d'hystéropexie, pouvaient trancher la question ; or, dans ces derniers temps, cinq observations ont été publiées et prouvent, non seulement qu'une femme hystéropexiée peut devenir enceinte (cas de Saenger et de Vlacos), mais qu'elle peut encore arriver à terme et accoucher normalement (un cas de Routier, deux de Winiwarter). Chez ces trois dernières malades, les adhérences de l'utérus à la paroi abdominale persistaient après l'accouchement. Ces trois faits sont assez probants pour qu'il soit inutile d'insister. L'objection grossesse se trouve annihilée, comme, aux débuts de l'hystéropexie, l'objection de l'impossibilité de la réplétion de la vessie.

(1) BAUDOUIN. *Loc. cit.*, p. 144.

Les contre-indications qui doivent seules nous occuper sont celles que le chirurgien rencontrera lorsque le ventre sera ouvert; distinguons les cas :

1° *Il s'agit de prolapsus.* — Il est évident que si le prolapsus est irréductible l'hystéropexie ne pourra pas être exécutée, or *la question d'irréductibilité ne pourra être jugée que lorsque le ventre sera ouvert*. Des adhérences trop solides, trop étendues au niveau de l'invagination pourront seules nous renseigner. On devra même, dans tous les cas, essayer de les rompre pendant qu'un aide refoulera l'organe prolabé. Ce ne sera qu'après des tentatives longues et patientes de réduction que le chirurgien devra prendre un autre parti et abandonner l'hystéropexie.

2° *Dans les cas de rétrodéviations* on a souvent affaire à des lésions multiples des annexes et du péritoine pelvien. La difficulté de mener l'opération à bien, les risques que l'on fera courir à la malade devront seuls guérir le chirurgien. Nous ne saurions mieux faire à ce sujet que de nous rallier aux conclusions de Polk : D'après lui, on devra s'abstenir dans les cas :

1° *D'adhérences très importantes et très solides.*

2° *De grande profondeur du petit bassin.*

3° *De petitesse notable de l'utérus.*

4° *Une étendue trop faible et une rigidité trop grande des ligaments utéro-sacrés et du bord inférieur des ligaments larges.*

Ces cas, fait observer Marcel Baudouin, doivent être très rares, nous le voulons bien.

3° L'*inversion utérine* n'est justiciable de l'hystéropexie que lorsque sa réduction a été faite après la laparotomie en dilatant l'anneau formé par le col utérin. Les adhérences trop solides, les lésions de voisinage en s'opposant à cette dilatation, et par suite à la réduction, constitueront sans doute la contre-indication principale.

VII. — Manuel opératoire.

Nous allons, dans ce chapitre, étudier le manuel opératoire de l'hystéropexie et passer en revue les nombreux procédés qui ont été proposés et exécutés. Les uns sont intra-péritonéaux c'est-à-dire que la fixation de l'utérus se fait après l'ouverture du ventre ; les autres sont extra-péritonéaux c'est-à-dire que la fixation se fait sans ouvrir le péritoine.

Dans le premier cas, on peut fixer l'utérus lui-même à la paroi (*procédés directs*) ou l'y maintenir par ses annexes ou ses ligaments (*procédés indirects*), enfin, dans certains cas, on a employé des procédés mixtes.

Nous allons étudier successivement les procédés ***directs***, *indirects*, *mixtes* et nous terminerons par les procédés *extra-péritonéaux*.

A. — PROCÉDÉS DIRECTS

Ce sont les plus nombreux, les plus sûrs, les plus chirurgicaux, en ce sens que les grandes règles de la chirurgie moderne y sont appliquées dans toute leur rigueur.

Pour cette raison nous leur consacrerons une étude plus longue qu'aux autres.

Pour ne pas nous perdre dans des détails superflus, et fatiguer le lecteur par une énumération fastidieuse de procédés la plupart analogues les uns aux autres, nous nous sommes efforcés de les classer sous trois différents types suivant les modifications importantes apportées au manuel opératoire.

1° *Procédé de Lawson Tait ou à sutures temporaires.* — Lawson Tait serait le premier chirurgien qui ait employé ce procédé. L'abdomen une fois ouvert, les fils fixateurs au nombre de deux sont passés dans le muscle utérin, près du fond, puis de chaque côté de l'incision à travers toute l'é-

paisseur de la paroi abdominale. En les nouant on applique la séreuse viscérale contre la séreuse pariétale et on ferme en même temps la paroi. Le chirurgien a encore l'avantage dans ce procédé de pouvoir enlever les fils fixateurs au bout de quelques jours, ce qui lui permet d'employer des fils métalliques.

On reconnaît, dans ce procédé, la grande simplicité de toutes les opérations préconisées par le célèbre chirurgien anglais. Nous ne lui reprocherons que son principe même, d'employer des sutures temporaires, et de trop restreindre le nombre des points de suture. Gaillard Thomas (1) aurait

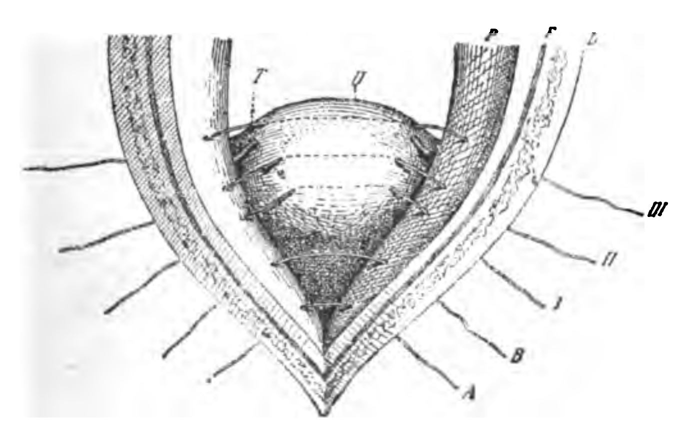


Fig. 1. — Procédé de Léopold (2).

I, II, III, fils fixateurs de l'utérus. — A, B, fils de suture de la paroi abdominale (partie inférieure). — U, utérus. — T, trompe. — P, péritoine. — F, fascia sous-péritonéal. — D, derme.

eu recours à ce procédé, enfin Léopold (de Dresde) l'a perfectionné en augmentant les sutures (trois au lieu de deux).

(1) Voir Th. Baudouin, p. 49.

(2) Cette figure et les suivantes sont extraites des thèses de nos amis Baudouin et Dumoret, que nous sommes heureux de remercier pour la parfaite obligeance avec laquelle ils ont mis leurs clichés à notre disposition.

Nous reviendrons plus loin sur ce procédé de Léopold.

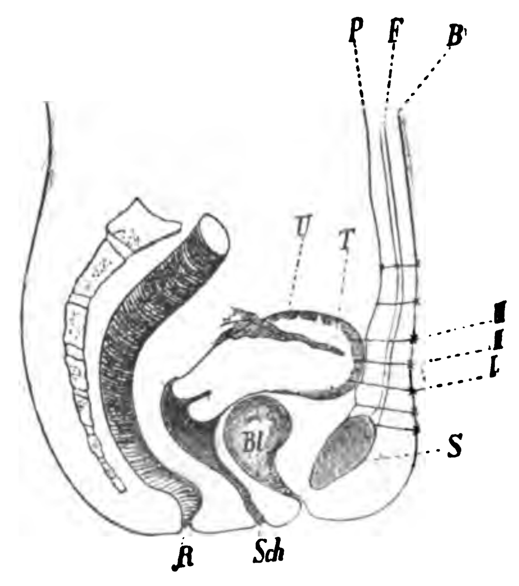


FIG. 2. — Procédé de LÉOPOLD.

R, rectum. — Sch. vagin. — Bl, vessie. — U, utérus. — T, cornes de l'utérus où s'insèrent les trompes. — S, symphyse pubienne. — P, péritoine. — F, fascia sous-péritonéal. — B, partie musculo-cutanée de la paroi abdominale. — I, II, III, fils fixateurs de l'utérus (les étoiles indiquent la situation des nœuds). — Au-dessus et au-dessous on voit les sutures destinées à compléter la fermeture de la paroi abdominale.

2° *Procédé F. Terrier ou à sutures perdues.* — Czerny aurait employé les sutures perdues avant M. Terrier, mais il passe seulement *deux fils en anse* dans le tissu utérin au niveau du fond de l'organe, de telle sorte que sa manière de faire est très inférieure de celle de notre maître. Ce n'est qu'un léger perfectionnement apporté à la méthode de Lawson Tait, mais insuffisant. J'ai vu, en effet, ce mode opératoire employé une fois par mon maître M. Quénu, il s'agissait d'un prolapsus, qui se reproduisait peu de temps après l'opération.

M. Terrier pose en principe la multiplicité des points de suture et la grande étendue des surfaces accolées. En un mot l'*hystéropexie doit être faite aux dépens du fond et de la face antérieure de l'utérus dans la plus grande largeur possible.*

Ceci posé, voyons comment procède notre maître.

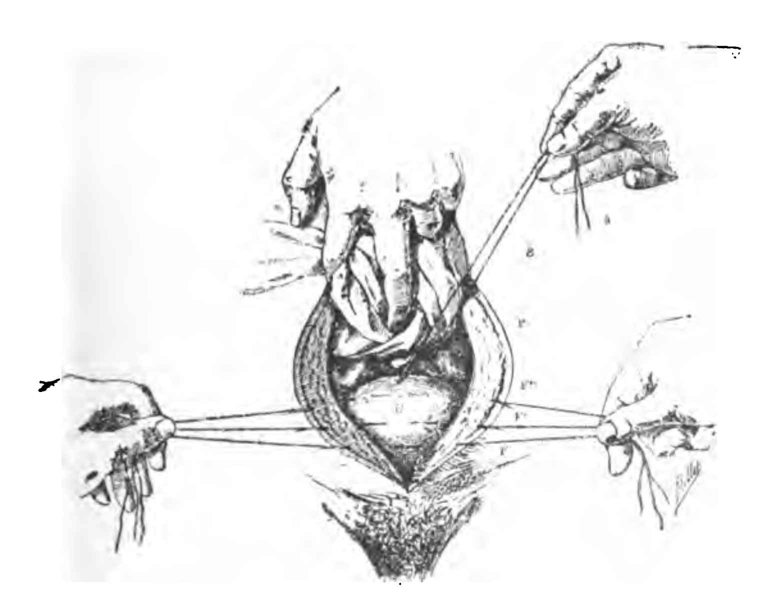


FIG. 3. — Procédé de F. TERRIER.

U, utérus. — F, F', F'', fils fixateurs. — S. fil de soie destiné à tirer en haut l'utérus pendant l'opération et à le maintenir (ce fil doit être plus gros que les autres, afin de ne pas déchirer l'utérus pendant les tractions. — P, paroi abdominale.

Lorsque la cavité péritonéale est ouverte, l'utérus est soutenu d'une main pendant que de l'autre un fil est passé longitudinalement dans le fond du muscle utérin. L'anse ainsi formée est destinée à soulever l'utérus pendant le reste de l'opération afin de faciliter le placement des fils.

Une première soie est alors passée avec l'aiguille de Reverdin, d'abord d'un côté à travers les lèvres de l'ouverture de la paroi abdominale exceptée ; elle ressort par le péritoine à 15 centimètres environ du bord libre de la séreuse puis elle est conduite *en faufilés* à travers le muscle

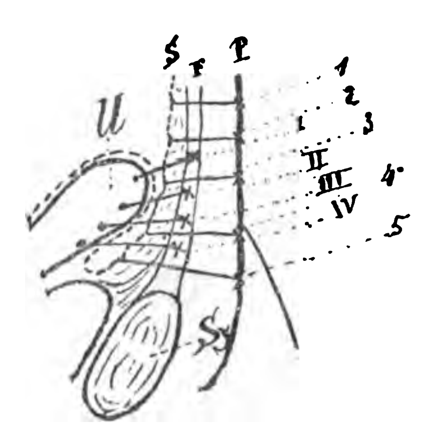


FIG. 4. — Procédé de F. TERRIER.

Sy, symphyse pubienne. — U, utérus. — S, séreuse péritonéale. — F, fascia sous-péritonéal, aponévroses et muscles de la paroi abdominale. — P, peau et tissu cellulaire sous-cutané. — I, II, III, IV, fils fixateurs de l'utérus. — 1, 2, 3, 4, 5, points de suture de la paroi abdominale.

utérin à l'union du col et du corps. Enfin, elle est de nouveau passée de l'autre côté à travers les lèvres de l'ouverture, toujours à 15 millimètres du bord libre et en exceptant la peau. Une deuxième, une troisième et même quelquefois une quatrième soie sont placées au-dessus de la première en se rapprochant du fond de l'organe où se trouve l'anse de soutien qui devient ensuite le dernier fil fixateur. Il suffit alors de fermer ces fils les uns après les autres et de terminer comme dans les autres laparotomies par la fermeture de la paroi.

Ce procédé est simple et rapide, il a été adopté en France par la plupart des chirurgiens. Quelques-uns ont cru devoir cependant y apporter quelques modifications.

1° M. Laroyenne, de Lyon, pour maintenir l'utérus appliqué contre la paroi pendant le placement des fils, embroche le muscle utérin et les deux lèvres de l'incision avec autant d'aiguilles enfilées qu'il veut de points de suture. Quand l'utérus est ainsi bien maintenu au moyen des aiguilles, il passe les fils les uns après les autres en les nouant à mesure.

2° M. Pozzi applique à l'hystéropexie la suture en surjet et à étages qu'il a adoptée d'une façon générale pour toutes les opérations.

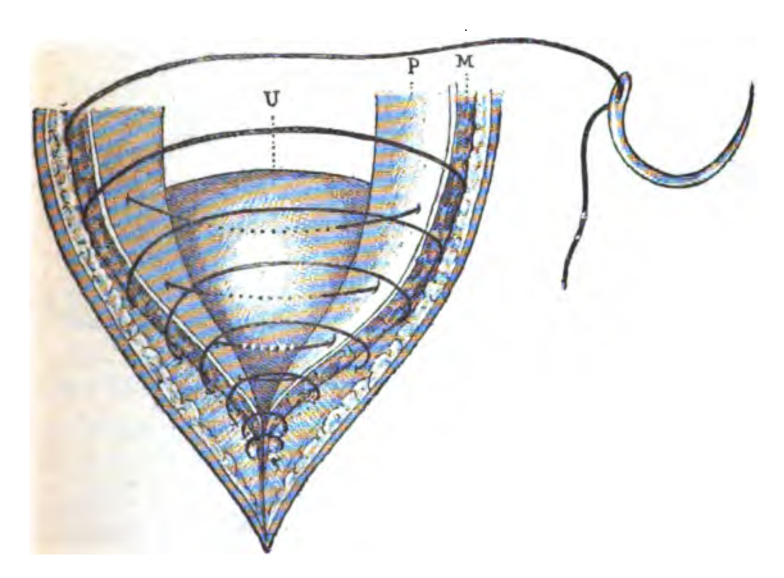


FIG. 5. — Procédé de POZZI.

U, fond de l'utérus. — P, péritoine. — M, couche musculo-aponévrotique de la paroi abdominale antérieure.

L'étage inférieur du surjet comprend le muscle utérin et l'applique contre la séreuse pariétale.

3° M. Picqué, dans le but de laisser libre la partie médiane de la matrice, dispose quatre fils, deux de chaque côté, en les nouant de chaque côté de la ligne médiane ; il y ajoute en bas un point médian.

4° Zuismeister, de Vienne, au lieu de disposer les fils horizontalement, les place verticalement à 2 centimètres de la ligne médiane. Après avoir cheminé dans la plus grande étendue possible du muscle utérin, il pénètre dans l'épaisseur de la paroi, ressort dans la cavité péritonéale et noue ses fils dans la cavité séreuse.

5° M. Faucon, de Lille, complique le procédé de Zuismeister en s'efforçant de fixer l'utérus au-dessous de l'angle

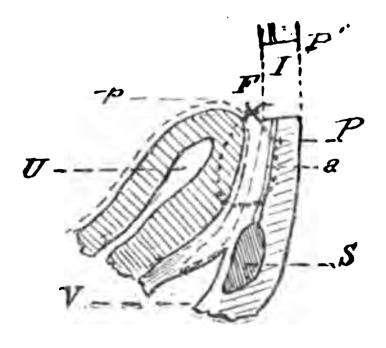


Fig. 6. — Procédé de Faucon.

P, paroi abdominale. — a, aponévrose de la paroi abdominale. — P', paroi abdominale au-dessus de l'incision I de la laparotomie. — S, Symphyse pubienne. — V, vessie. — U, utérus. — p, péritoine utérin. — F, fil fixateur, vertical, médian et son nœud intra-péritonéo-abdominal.

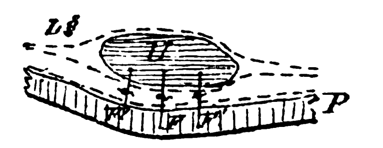


Fig. 7. — Procédé de Faucon.

Coupe horizontale passant au niveau du point F de la fig. 6. — U, fond de de l'utérus. — Lg, ligaments larges. — P, paroi abdominale. — F, fil fixateur médian. — F', F', fils fixateurs latéraux.

inférieur de l'incision pratiquée à la paroi abdominale. Il fait cette incision très haut et place trois crins de Florence verticaux abandonnés dans la couche séreuse.

Comme on le voit, tous ces procédés n'ont pour but que d'accoler deux surfaces séreuses l'une à l'autre pour en obtenir l'union. Peu importe que les fils soient placés dans un sens ou dans un autre, que les nœuds soient placés dans

l'intérieur de la cavité séreuse ou en dehors, que l'on ait recours au surjet ou aux points séparés, le principe est le même. M. Terrier a bien posé les données du problème car le but que l'on doit poursuivre est d'avoir des adhérences *durables* et *solides*. Il faut donc, conformément à sa pratique :

1° Multiplier les points de suture afin d'obtenir un contact plus intime et plus durable pour permettre aux adhérences de s'établir.

2° Placer les fils de façon à obtenir un contact étendu des deux séreuses afin d'avoir des adhérences larges et par suite plus solides.

Son procédé, mieux que tous les autres, remplit cette double condition; en outre, il est simple et d'une exécution relativement facile, c'est pourquoi je n'hésite pas à lui donner la préférence. Je l'ai vu employer fréquemment à l'hôpital Bichat et les résultats immédiats ont toujours été excellents.

J'ai signalé plus haut le relâchement ultérieur des adhérences dans un cas. J'attribue, sans preuves, il est vrai, cette complication au décollement progressif de la séreuse pariétale une fois que les adhérences ont été établies et que les soies ont été résorbées. La question est de savoir maintenant si cet étirement des adhérences est indéfini et si l'utérus, par sa pesanteur, peut en triompher et reprendre sa situation vicieuse antérieure. Ceci, d'après Baudouin, serait moins à craindre dans les cas de rétrodéviations que dans ceux de prolapsus (1) pour cette raison que les forces qui entrent en jeu pour lutter contre les adhérences créées sont moins considérables que lorsqu'il s'agit d'un prolapsus. Telle serait aussi l'opinion de M. Terrier qui serait disposé à augmenter encore le nombre de ses points de suture dans les hystéropexies pour prolapsus. A mon avis, l'hystéropexie doit être *une*, c'est-à-dire que le contact de l'utérus à la paroi abdominale doit être assuré définitivement.

(1) *Loc. cit.*, p. 48.

L'excès de solidité ne peut nuire même s'il ne s'agit que de remédier à une rétrodéviation, et le meilleur procédé sera celui qui permettra d'avoir l'adhérence la plus solide.

C'est dans ce but que quelques chirurgiens ont cherché à aviver la face antérieure de l'utérus, espérant par cette pratique obtenir une cicatrice plus intime.

3° *Procédé de Léopold, avec avivement de la face antérieure de l'utérus.* — Ce procédé est le plus répandu en Allemagne. Sa caractéristique est l'avivement de la face antérieure de l'utérus dans une étendue de 4 centimètres carrés environ. Léopold pratique cet avivement avec le dos d'un bistouri. Il racle la séreuse viscérale entre les points d'entrée et de sortie des fils et espère ainsi obtenir une adhérence plus intime avec la paroi.

Les fils fixateurs sont placés comme dans le procédé de Lawson Tait et traversent toute l'épaisseur de la paroi abdominale y compris la peau. Il les retire du 12e au 18e jour.

M. Thiriar, de Bruxelles (1), remplace le raclage avec le dos du bistouri par un avivement en règle de la partie supérieure de la face antérieure de l'utérus. Il détache un lambeau rectangulaire qui s'étend d'un ligament rond à l'autre et mesure 15 millimètres d'étendue. Il faut détacher non seulement la séreuse mais aussi enlever un peu de tissu utérin.

Là se borne l'innovation de ces deux chirurgiens qui se contentent, en somme, d'accoler l'utérus avivé à la séreuse pariétale.

Peut-on, en procédant ainsi, espérer obtenir une fixation meilleure ? Nous ne le pensons pas. Dembowski (2) par une série d'expériences pratiquées sur des animaux a démontré que l'adhérence d'une séreuse à une surface précédemment dépourvue de sa séreuse n'est pas plus solide que si les deux séreuses ont été accolées directement. Aussi sommes-nous

---

(1 BAUDOUIN. *Loc. cit.*, p. 53.

(2) *Arch. f. Klin. Chir.* Bd XXXVII, 1888.

en ce qui concerne le procédé Léopold-Thiriar de l'avis de M. Terrier et de Baudouin. *A priori*, il doit être rejeté.

Ce n'est pas que nous le considérons comme étant absurde, mais comme étant incomplet. L'avivement pour être logique devrait être pratiqué aussi du côté de la paroi abdominale, de façon à adosser deux surfaces saignantes, qu'on isolerait de la cavité péritonéale par une rangée de sutures séreuses. On obtiendrait ainsi une cicatrice centrale entourée complètement d'adhérences séreuses.

B. — PROCÉDÉS INDIRECTS (1)

La plupart de ces procédés ont été exécutés au cours de laparotomies, après l'ablation d'un kyste ovarique ou d'ovario-salpingites. Il s'agissait tantôt de remédier à une rétro-déviation, tantôt d'empêcher l'oblitération d'une trompe laissée saine, etc.

La fixation peut être *unilatérale* ou *bilatérale*. Elle peut se faire quand il y a eu ablation des annexes aux dépens du ou des deux pédicules. Si les annexes n'ont pas été enlevées, on peut fixer à la paroi soit les cornes utérines, soit l'origine des ligaments ronds, ou utéro-ovariens, soit même celle des trompes ! Enfin les ligaments larges eux-mêmes ont servi à cette fixation.

La fixation peut se faire dans la plaie abdominale comme on le faisait jadis dans le cours des ovariotomies en fixant le pédicule dans la plaie. On conçoit que cette fixation puisse être simple ou double suivant que les annexes ont été enlevées des deux côtés ou d'un côté seulement. Je n'ai pas à insister ici sur la manière de fixer les pédicules dans la plaie. Ce serait refaire l'histoire des clamps, des broches et autres instruments analogues.

Il n'en est plus de même des procédés ayant pour but la fixation de l'utérus à la paroi par les annexes en conservant la trompe et l'ovaire. J'en décrirai trois :

(1) Voir pour détails et appréciations Th. BAUDOUIN, p. 72.

1° *Procédé d'Olshausen ou fixation des cornes et des bords de l'utérus.* — Un premier fil est passé autour du ligament rond puis à travers la paroi abdominale, en ayant soin d'éviter l'artère épigastrique. Deux autres fils sont placés au-des-

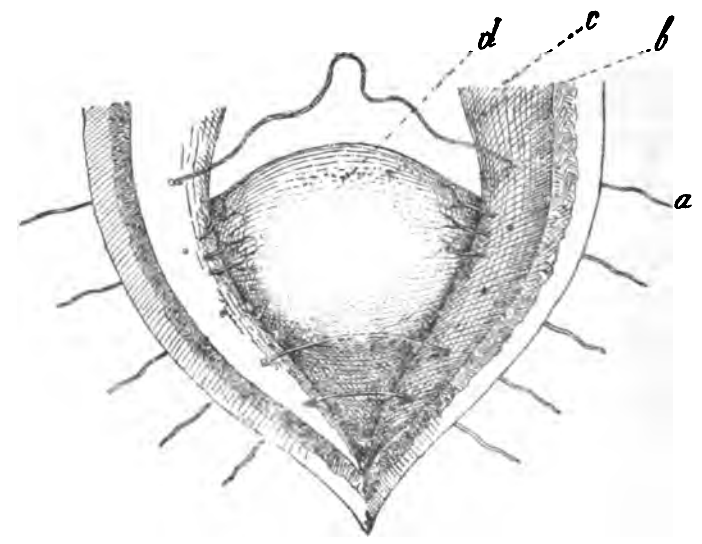


FIG. 8. — Procédé d'OLSHAUSEN.

a, fil de suture de la paroi abdominale. — *b*, muscles et aponévroses de la paroi. — *c*, péritoine. — *d*, fond de l'utérus.

sous du premier sur le bord interne du ligament large, puis passés à travers toute l'épaisseur de la paroi. Tous les fils sont liés sur la peau. Quand les fils sont ainsi placés de chaque côté, l'utérus est bien maintenu en contact de la paroi. Le reproche capital qu'on puisse faire à ce procédé c'est de nécessiter l'emploi de sutures temporaires. Il a, en outre, un inconvénient d'un autre ordre, mis en lumière par Saenger, c'est qu'il existe au niveau de l'angle inférieur de la plaie un petit espace, une sorte de fente, dans laquelle pourrait s'engager une anse d'intestin.

2° *Procédé de Kelly ou fixation des ligaments tubo-ovariens.* — Il place six sutures, trois de chaque côté de l'angle

inférieur de la plaie sur le péritoine pariétal, à quelques centimètres des lèvres de l'incision. Ces fils sont pris dans une pince de chaque côté. Il libère alors l'utérus, saisit les

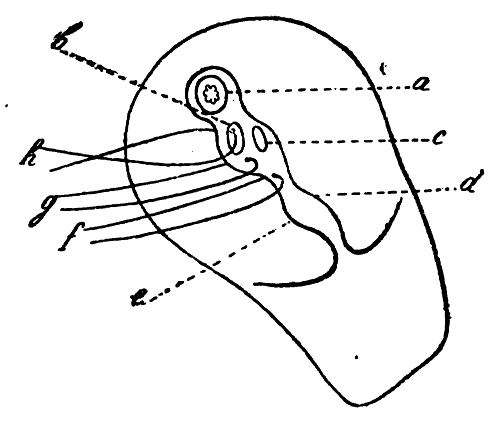


FIG. 9. — Procédé d'OLSHAUSEN.

a, trompe. — *b*, ligament rond. — *c*, ligament de l'ovaire. — *d*, feuillet postérieur du ligament large. — *e*, feuillet antérieur du ligament large. — *f*, *g*, *h*, fils fixateurs.

annexes d'un côté, les suture dans la plaie pour rendre visible le ligament utéro-ovarien, il passe alors les trois fils

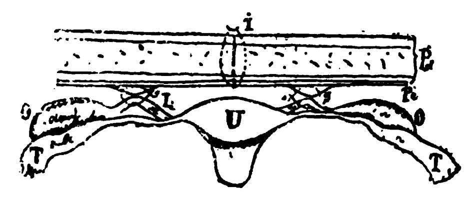


FIG. 10. — Procédé de KELLY.

Schéma représentant, vu par en haut, l'utérus fixé à la paroi abdominale. — U, utérus. — O, ovaire. — T, trompe. — L, ligament utéro-ovarien. — Pa, paroi abdominale antérieure (en coupe). — Pe, péritoine pariétal tapissant cette paroi. — i, incision médiane de la laparotomie fermée par une suture profonde. — S, une suture fixatoire réunissant le péritoine seul au ligament. L, utéro-ovarien.

du côté correspondant, de dedans en dehors à travers l'aileron du ligament utéro-ovarien, à mi-chemin entre l'ovaire et

l'utérus. Les fils ainsi placés sont confiés aux mors d'une pince pendant que les fils de l'autre côté sont placés de la même façon Il suffit alors de tirer sur les fils pour amener les ligaments utéro-ovariens au contact de la séreuse pariétale et nouer les six fils les uns après les autres L'utérus se trouve alors en antéversion forcée suspendu à la paroi abdominale, ainsi que le fait judicieusement remarquer Marcel Baudouin, comme le serait un homme pendu à un plafond par les omoplates.

Ce procédé aurait, sur le précédent, l'avantage d'utiliser des sutures perdues, mais il est insuffisant, ne produit, au dire même de Kelly, que des adhérences lâches et lamelleuses incapables de résister dans la grande majorité des cas.

3° *Procédé de Winiwarter ou fixation des ligaments larges.* — Ce chirurgien préconise un procédé fort analogue aux précédents. Il passe le fil fixateur à travers le ligament large au-dessous de l'ouverture de la trompe dans l'utérus puis il le fixe aux bords de l'incision.

Cette manière de faire encourt les mêmes reproches que nous avons adressés aux procédés de Olshausen et de Kelly. Nous n'y insisterons pas davantage.

C. — PROCÉDÉS MIXTES

Ce sont des combinaisons des procédés précédemment décrits. Peut-être pourrait-on, en combinant un procédé direct et un procédé indirect, obtenir une fixation plus solide ? On trouvera dans la thèse de Baudouin la relation de plusieurs cas où le corps de l'utérus et les annexes ont été simultanément fixés (Hennig, Prochownick, Hofmeier, Præger). M. Doléris a proposé de fixer dans la plaie les pédicules des annexes enlevées de chaque côté, après avoir fixé le corps de l'utérus à la paroi.

Enfin, sous le nom d'*étançonnage utérin*, M. Roux, de Lausanne, préconise un procédé pratiqué plusieurs fois par Klotz. Ce chirurgien fait la suture d'une trompe au pédicule de

l'ovaire d'un côté de la plaie abdominale, puis il place un drain en verre en arrière de l'utérus, dans la cavité de Douglas, pour maintenir l'organe en antéversion et favoriser dans cette situation la formation d'adhérences postérieures. Ce drain est laissé en place trois à quatre semaines.

Peut-on espérer, en fixant les pédicules des annexes enlevées, obtenir une adhérence beaucoup plus solide qu'en suturant simplement l'utérus? Nous ne pouvons résoudre cette question n'ayant jamais vu suivre cette pratique par aucun de nos maîtres. Qu'on veuille bien se rappeler ce qui se passait lorsqu'on fixait dans la plaie les pédicules des ovariotomies, la cicatrice se rétractait; la peau s'ombiliquait pendant un temps variable, puis peu à peu tout rentrait dans l'ordre, sans doute au moment où les adhérences du pédicule étaient devenues assez lâches pour ne plus être influencées par le poids de l'utérus. Nous nous demandons en vérité, quelle pourrait être l'efficacité de semblables adhérences aussi facilement extensibles. En tous cas, le petit avantage qu'on pourrait obtenir au point de vue de la fixation proprement dite par cette manière de faire serait loin de compenser l'inconvénient de supprimer des annexes lorsqu'elles sont saines. Par suite, à notre point de vue, la fixation indirecte ne doit être combinée à la fixation directe que dans le cas d'ablation d'annexes malades, et encore, dans ce cas là, le meilleur argument en faveur de cette méthode est son innocuité parfaite.

Quant à l'étançonnage utérin, il ne tient pas devant la critique. Tout le monde sait que le drainage péritonéal est une complication sérieuse après une laparotomie, à cause de l'infection possible au moment des pansements, je n'y insisterai pas.

D. — PROCÉDÉS EXTRA-PÉRITONÉAUX.

Tous les procédés que nous avons décrits au chapitre précédent sont des procédés intrapéritonéaux. On peut aussi

se proposer de fixer l'utérus à la paroi abdominale sans ouvrir le péritoine et les procédés mis en usage sont alors extra-péritonéaux.

Il en existe un assez grand nombre que nous grouperons sous trois chefs. Notre intention n'est pas de les étudier en détail, ils n'en valent pas la peine. Tout au plus ont-ils une valeur historique, en permettant de voir quels sont les différents stades parcourus par la gynécologie moderne.

1° *Procédé de Sims-Kelly ou suture directe de l'utérus à travers la paroi abdominale intacte.* — D'après Marcel Baudouin (1), Marion Sims aurait fait construire une aiguille spéciale pour pratiquer cette opération, en 1859, mais sa tentative serait restée infructueuse ; il n'aurait pas terminé son opération.

Cette idée, logique à son époque, n'avait jamais été remise en pratique, lorsque Kelly la reprit et pratiqua trois opérations, voici de qu'elle manière :

L'utérus est amené en antéflexion au moyen de deux doigts introduits dans le vagin. Quand il est bien en contact avec la paroi abdominale on passe une forte aiguille courbe à travers toute la paroi dans le muscle interne et on la fait ressortir à quelques centimètres plus loin. On peut placer ainsi deux ou trois fils qu'il suffit de lier ensuite sur une petite plaquette d'argent ou d'ivoire.

2° *Procédé de Caneva* (2). — Il diffère du précédent en ce que l'opérateur pratique une incision à la paroi abdominale comme s'il allait pratiquer l'ouverture du ventre mais il s'arrête à la graisse propéritonéale. A ce moment il décolle le feuillet pariétal de la paroi, fait refouler l'utérus vers le point où il a créé ce voile transparent à travers lequel il opère la fixation de l'organe soit par des sutures transversales soit par des sutures longitudinales. Il suffit alors de suturer la plaie faite à la paroi.

(1) *Loc. cit.*, p. 95.

(2) Voir Thèse DUMORET. Paris, 1889, p. 21. *Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin.*

M. Assaky, pour éviter plus sûrement de blesser les intestins, propose de surélever le bassin au moyen du plan incliné employé par plusieurs chirurgiens allemands. Enfin M. Vaton (1) conseille de décoller le péritoine de la face postérieure de la vessie et même de continuer le décollement sur la paroi antérieure de l'utérus jusqu'à son fond !!

3° *Procédé de Candela ou hystéropexie vagino-pubienne* (2). — Une canule aiguille est nécessaire. On introduit cette canule dans la cavité utérine et on soulève l'utérus jusqu'au contact avec la paroi abdominale. On pousse alors au niveau d'un des angles de l'utérus l'aiguille qui traverse d'abord le muscle utérin puis la paroi abdominale. Avec cette aiguille, on passe un premier fil qu'on fait ressortir par le vagin. Un deuxième fil est passé de la même façon au niveau de l'autre angle utérin. Les deux chefs vaginaux sont noués ensemble, on tire sur un des chefs abdominaux pour faire passer le nœud par le trou de la paroi, de façon à n'avoir plus qu'un fil qu'il suffit alors de nouer sur une plaque quelconque.

Tous ces procédés n'ont plus aucune valeur actuelle. Assurément, ainsi que l'a fait remarquer M. Terrier, l'hystéropexie extra-péritonéale était une idée bonne, défendable autrefois, mais elle doit disparaître aujourd'hui puisqu'elle est basée uniquement sur la peur de la laparotomie. Ce n'est pas là le seul reproche à lui adresser. Le chirurgien qui y aura recours agira forcément à l'aveugle. Qu'il s'agisse de prolapsus, de rétrodéviation on peut se trouver en présence d'adhérences de l'utérus avec les organes voisins, d'affections des annexes avec leurs conséquences. Quels dangers ne fera-t-on pas courir alors à la malade en l'exposant à des blessures de l'intestin, à l'ouverture dans la cavité péritonéale de foyers purulents, etc., etc. Que l'on compare ces dangers avec ceux d'une laparotomie aseptique et la conviction sera facile à établir.

(1) VATON. *Étude comparative des différents traitements du prolapsus utérin.* Th. Bordeaux, 1890.

(2) Voir Th. BAUDOUIN, p. 109.

D'ailleurs, si on veut bien y réfléchir, on court plus de risque d'infecter le péritoine par un de ces procédés que par les procédés intra-péritonéaux. Sait-on, en effet, à quelle profondeur on pénètre dans le muscle utérin? Qui peut garantir que l'aiguille n'atteindra pas la cavité utérine, sans compter que dans ce procédé de Candela le fil est, de parti pris, placé dans cette cavité!

VIII. — Résultats

Nous connaissons maintenant le manuel opératoire de l'hystéropexie et, à priori, nous pouvons considérer cette opération comme une des plus simples et par suite une des plus bénignes de celles qui se pratiquent après la laparotomie. En effet, dans cette opération, pas de choc considérable, et surtout pas de cause d'infection consécutive dans les lésions observées. D'ailleurs les statistiques des cas publiés confirment cette manière de voir ainsi qu'on va pouvoir s'en rendre compte.

Bien entendu nous ne nous occuperons pas des hystéropexies complémentaires, aussi bien dans les cas de prolapsus que dans ceux de rétrodéviations. En effet l'opération primitive pour laquelle la laparotomie a été pratiquée, complique et agrave toujours, dans une certaine mesure, le pronostic de l'hystéropexie. Malgré cela, sur 14 hystéropexies complémentaires pour prolapsus. Dumoret signale 14 succès et Baudouin, sur 157 cas pour rétrodéviations, ne constate qu'une mort, soit seulement une mort sur 171 cas, ce qui ferait une mortalité de 0.58 pour cent.

L'hystéropexie de propos délibéré, en ne prenant que les cas relevés par Dumoret et Baudouin, a été faite 11 fois pour prolapsus et 78 fois pour rétrodéviations soit un total de 89 cas. Sur ces 89 hystéropexies une seule mort est notée pour un cas de prolapsus, par péritonite septique, c'est-à-dire, par une cause que l'on sait de mieux en mieux écarter, maintenant que la méthode antiseptique est mieux connue,

mieux comprise et que les laparotomistes y joignent comme complément indispensable les règles de l'asepsie.

D'après ce qui précède, la mortalité dans l'hystéropexie de propos délibéré serait de 1,12 pour cent : chiffre insignifiant et auquel on ne doit attacher aucune importance, puisque le cas de mort dont il s'agit est *imputable à un accident*.

Les résultats thérapeutiques sont-ils aussi satisfaisants ? Actuellement, on ne saurait donner une réponse définitive, la plupart des cas étant beaucoup trop récents pour que l'on puisse se faire une opinion arrêtée.

Sur les 11 cas d'hystéropexie pour prolapsus, Dumoret signale deux récidives, et précisément chez les opérées les plus anciennes, ce qui porterait à près de 20 0/0 les cas d'insuccès. Ce sont ces raisons et aussi les résultats que j'ai pu contrôler chez les dernières opérées de mes maîtres MM. Terrier et Quénu qui m'ont amené à conclure à la *nécessité absolue*, sous peine d'échec, de pratiquer, avant l'hystéropexie pour prolapsus, une autoplastie vagino-périnéale.

Dans les cas de rétrodéviations les résultats thérapeutiques paraissent devoir être beaucoup plus stables. Cependant, sur 78 cas, 8 insuccès sont signalés, ce qui porterait le nombre des insuccès à plus de 10 0/0.

Hâtons-nous cependant de dire que la plupart des insuccès sont dus à la façon défectueuse dont l'opération à été faite (3 cas de Klotz ; 1 cas de Lee et 1 cas de Strong), à des accidents septiques tels qu'abcès, suppurations pelviennes (1 cas de Strong) ce qui réduirait à 2 le nombre des insuccès véritables; or, ces 2 cas appartiennent à Gusserow et nous n'avons pas de détails sur la façon dont la ventro-fixation a été faite.

Ainsi qu'on le voit, ce chiffre énorme d'insuccès 10 0/0 n'a aucune signification et, comme tous les chiffres statistiques, ne servirait qu'à fausser le jugement du lecteur. L'hystéropexie paraît être, au contraire, l'opération de l'avenir pour remédier à la plupart des cas de rétrodéviations.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES CALCULS VÉSICAUX CHEZ LA FEMME ET EN PARTICULIER DE LA DILATATION DU COL DE LA VESSIE CHEZ LA FEMME (*Suite et fin*) (1).

Par **G. Phocas**, professeur agrégé à la Faculté de Lille.

III. — De la dilatation de l'urèthre chez la femme.

Les procédés opératoires de la dilatation de l'urèthre de la femme ont beaucoup varié. Nous n'avons pas l'intention de les décrire tous ; nous nous contenterons de signaler quelques-uns d'entre eux. La dilatation lente, faite à l'aide de l'éponge préparée ou des tiges de laminaire est universellement rejetée. Elle est longue, douloureuse et dangereuse. Le procédé de choix est la dilatation rapide.

Une première question qui se pose est celle de la chloroformisation. Faut-il toujours administrer le chloroforme ou peut-on s'en passer ? Depuis que l'on connaît les propriétés de la cocaïne, certains auteurs ont pensé les mettre à contribution pour faire cette petite opération. M. Pozzi n'hésite pas à déclarer que la chloroformisation n'est pas indispensable. Koppe, en Allemagne, cité par Hartmann, conseille de recourir à la cocaïne. Nous n'avons pas trouvé d'opérations faites à l'aide de la cocaïne et la grande majorité des auteurs conseillent la chloroformisation, non seulement pour éviter à la femme la douleur, mais surtout, pour relâcher les fibres musculaires et pour ne pas produire des déchirures musculaires dans le sphincter vésical. Il faut songer que la dilatation est souvent pratiquée dans un but d'exploration de la vessie et que l'on ne sait au juste ce que l'on rencontrera dans la vessie.

Cette considération me parait suffisante pour préconiser la chloroformisation qui permet de passer à d'autres actes opératoires dont la dilatation n'a été souvent que le prélude.

(1) Voir les *Annales de Gynécologie*, novembre 1890.

Après avoir antiseptisé le champ opératoire, lavé la vulve, et injecté dans la vessie une petite quantité de solution boriquée tiède, le chirurgien fait la dilatation s'inspirant des deux principes suivants : 1° aller doucement et lentement et obtenir le maximum de dilatation en quelques minutes sans provoquer des déchirures ou des ruptures. Le temps qu'on mettra pour achever la dilatation ne peut être déterminé pour tous les cas. Il a fallu souvent dix minutes. Mais ce temps est variable selon le plus ou moins de résistance que l'urèthre opposera à la dilatation ; 2° un second principe de la dilatation bien faite est de ne pas dépasser certaines limites aujourd'hui bien connues. En général, le but de la dilatation est de permettre la facile introduction de l'indicateur dans la vessie. Cependant, ce n'est pas le maximum de dilatation permise qui est obtenu ainsi. Jusque dans ces derniers temps on croyait que 2 cent. 1/2 à 3 cent. étaient les limites permises dans la dilatation du col vésical (Hybord, Heydenreich). Cependant, dans une observation déjà ancienne (Reliquet), le calcul extrait mesurait 34 millim. et son extraction n'a pas été suivie d'incontinence. Les observations de Cauchois et de Pozzi démontrent d'autre part que la dilatation immédiate progressive de l'urèthre peut être poussée assez loin pour permettre sans danger d'incontinence d'urine l'extraction des calculs de 4 cent. de diamètre ». (Pozzi *loc. cit.*). Il nous semble encore une fois que les limites précises de la dilatation permise ne peuvent être les mêmes dans tous les cas. Il est certain par exemple qu'on se comportera différemment en présence de l'urèthre d'une femme adulte et de celui d'une fillette. Le volume du doigt indicateur lui-même n'est pas suffisant pour marquer la limite de la dilatation, ce doigt pouvant être très variable selon les individus. C'est donc entre 2 et 4 cent. que le chirurgien doit dilater le canal quitte à donner le minimum ou le maximum de la dilatation selon les circonstances cliniques particulières, relatives à l'âge, à l'état actuel, à la nature de l'opération dont la dilatation est le préliminaire.

On conformera donc sa manière de faire à ces deux prin-

cipes à savoir : 1° dilatation méthodique et graduée ; 2° dilatation limitée à un minimum de 2 cent. et à un maximum de 4 cent. dans le sens transversal. Pourvu qu'on observe ces deux préceptes, peu importe le procédé suivi pour les réaliser. Simonin s'est servi de spéculums gradués, qu'il introduit successivement dans l'urèthre. Simon a fait construire dans ce but 7 spéculums spéciaux dont le diamètre maximum est de 2 cent. Après l'introduction du n° 7 il a fait pénétrer l'index dans la vessie. D'autres se sont servi du dilatateur de Weiss. Richet a fait l'opération à l'aide du dilatateur préputial. Tillaux a inventé un dilatateur spécial dont les branches ne dépassent pas 2 cent. dans le sens transversal. Il l'abandonne ensuite et paraît se contenter d'une pince hémostatique ordinaire dont il limite l'écartement des branches à 2 cent. à l'aide d'une forte ficelle passée aux anneaux. Duplay s'est servi d'un dilatateur à mandrin. Beaucoup préfèrent le dilatateur de Dolbeau, et Hartmann paraît donner la préférence au dilatateur gouttière de Tripier, instrument qu'il décrit et figure dans sa thèse. Pozzi fait la dilatation à l'aide des bougies d'Hegar. Cauchois s'est servi de 6 bougies en caoutchouc dures (canules rectales), mais il donne la préférence aux bougies coniques. Heath fait pénétrer une sonde, puis le petit doigt. Terrillon pénètre aussi avec les doigts. Les instruments ont en somme une valeur relative, et il faut savoir qu'on peut facilement s'en passer. Dans les deux observations qui font la base de ce petit travail la dilatation fut obtenue de la manière suivante : une pince hémostatique ordinaire limitée à 2 cent. d'écartement à l'aide d'un fil passé préalablement par les anneaux, fut introduite fermée dans la vessie ; elle en est ressortie ouverte.

Le petit doigt a remplacé la pince ; son introduction fut lente et graduelle mais assez facile ; puis l'indicateur a été introduit avec les mêmes précautions de prudence et de lenteur. Dans tous les cas une bonne précaution à prendre est d'inciser sur un ou deux points le méat urinaire ; on évite ainsi les déchirures possibles de cette partie inextensible de l'urèthre.

La dilatation faite il faut de nouveau injecter une petite quantité de liquide antiseptique dans la vessie.

La dilatation a été faite : 1) dans un but d'exploration de la vessie, quand le diagnostic est incertain ou quand on veut s'assurer de la présence et des rapports d'une tumeur vésicale ou d'un calcul ; 2) pour extraire un calcul vésical ; 3) pour enlever ou pour détruire par le grattage une tumeur de la vessie ; 4) pour calmer les douleurs des cystites névralgiques ; 5) pour extraire un corps étranger.

Elle constitue l'opération tout entière quand il s'agit de dilater le col pour une cystite douloureuse. Dans tous les autres cas, la dilatation n'est qu'une opération préliminaire qui permet l'introduction du doigt ou des instruments dans la vessie. L'extraction d'un calcul, la destruction d'une tumeur, etc., constituent alors de nouvelles opérations qui ont des procédés opératoires spéciaux.

Dans la plupart de ces cas c'est le toucher qui guide l'opérateur. Le doigt introduit dans la vessie doit donc conduire les instruments destinés à saisir un calcul ou à détruire une tumeur. Le doigt doit rester en place pour engager le corps étranger dans les mors de la pince, etc. Quand il s'agit d'une tumeur, une excellente manière de faire est d'introduire le médius dans le vagin pendant que l'index et l'instrument (curette, etc.) sont dans la vessie. On fixe ainsi la vessie et on opère sur un plan résistant.

Il est possible et facile de faire pénétrer en même temps le doigt et les instruments dans la vessie. Il suffit pour cela, si l'instrument est gros, de l'engager d'abord à travers le col vésical et de faire pénétrer ensuite le doigt. A ce moment le col vésical donne passage au doigt et à la partie la plus mince de l'instrument (pince, curette).

La valeur de la dilatation dans le traitement des néoplasmes de la vessie chez la femme a été étudiée récemment par Pousson dans sa thèse. Sur 37 opérations de tumeurs de la vessie pratiquées chez la femme, 33 fois on a fait l'extirpation par les voies naturelles. La mortalité approximative

est de 10 0/0, tandis que la mortalité à la suite des autres opérations serait de 50 0/0. Pour montrer l'innocuité de ces opérations chez la femme et le degré qu'on peut atteindre dans la dilatation de la vessie, sans provoquer l'incontinence d'urine nous croyons intéressant de citer l'observation suivante que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Tolet, de Lille, que nous avons eu l'honneur d'assister pendant cette opération.

Obs. I. — *Tumeur de la vessie. — Hématuries. — État général grave. — Dilatation extemporanée de l'urèthre sous le chloroforme. — Curettage de la cavité vésicale. — Pas d'incontinence. — Amélioration manifeste.* (Recueillie par M. Vauvers externe du service.)

Cl..., Pauline, 52 ans. La malade a eu 11 enfants (le dernier il y a 11 ans). Elle a toujours joui d'une bonne santé, sauf il y a 3 ans, où elle a eu de l'œdème pendant quelque temps. Depuis lors elle a été régulièrement réglée.

Depuis longtemps elle souffre de douleurs dans le bas-ventre (elle ne sait pas au juste l'époque du début). Elle est aveugle. Depuis le mois d'avril dernier elle perd du sang en urinant.

Au toucher vaginal on sent, pas très nettement, une tumeur molle, dépressible dans le cul-de-sac antérieur. Une sonde métallique introduite dans la vessie ne permet pas de reconnaître la présence d'une pierre. Les jours suivants la malade perd beaucoup de sang et s'affaiblit notablement. Les urines renferment une grande quantité de sang et un peu de pus. Des injections au ratanhia faites 2 fois par jour pendant 3 jours arrêtent presque complètement les hémorrhagies.

30 juin. La malade étant chloroformée, M. Folet introduit le petit doigt dans la vessie. Il pratique ensuite 2 petites incisions au niveau du méat et remplace le petit doigt par l'index. Il reconnaît alors l'existence d'une tumeur fongueuse, molle, insérée au niveau de la face gauche et du fond de la vessie. M. Phocas qui assistait à l'operation a pu sentir la même tumeur. Le long du doigt introduit dans la vessie on introduit une curette tranchante qui peut manœuvrer le long du doigt et être guidée sur sa pulpe. Avec cette curette on arrive à détacher la tumeur en grande partie. Il reste

encore la base du néoplasme infiltrée le long de la face gauche de la vessie ; avec le doigt chirurgical d'Amussat, on essaie de détacher le reste de la tumeur. En touchant la vessie à la suite de cette opération, on trouve un papillome situé à droite et en haut, mais comme l'opération a déjà duré assez longtemps on se contente de faire un lavage et de remettre le grattage à une nouvelle séance. La dilatation du col a dû être portée à plus de 3 centim. puisqu'on a introduit le doigt indicateur en même temps que des curettes assez larges.

Soir 39°. La malade perd peu de sang. La sonde qu'on a placée à demeure tombe bientôt. La malade d'ailleurs urinait à côté. Elle éprouve de fortes douleurs en urinant.

1er juillet. M. 38°. Il n'y a pas d'incontinence. La malade retient ses urines, malgré la forte dilatation qu'on a fait subir à l'urèthre.

Le 20. La malade va de mieux en mieux. Elle a repris de l'appétit, elle n'urine plus de sang, elle retient du reste ses urines. Elle est devenue absolument méconnaissable. On songe à lui faire subir une nouvelle opération pour la débarrasser complètement de sa tumeur vésicale.

La mortalité qu'on observe à la suite des dilatations pour tumeurs rénales, n'est pas imputable à la dilatation elle-même. Du reste cette mortalité est minime.

Dans les cystites douloureuses, la dilatation du col de la vessie fut souvent employée. M. Hartmann a rassemblé 46 cas de dilatation. Il arrive à cette conclusion que dans presque tous les cas de cystite douloureuse la dilatation n'a donné aucun résultat au point de vue de la cessation des douleurs. Avec M. Terrillon, qui a essayé de la même opération dans un cas analogue, on ne peut s'expliquer l'insuccès de l'opération que par la rareté de l'incontinence de l'urine à la suite de la dilatation.

La dilatation est donc un procédé infidèle dans les cystites douloureuses. Mais, la statistique démontre que l'incontinence d'urine est très rare. Nouvelle preuve de l'innocuité de la dilatation faite dans un autre but.

La dilatation du col vésical faite pour extraire des calculs ou des corps étrangers de la vessie de la femme a été

souvent mise en pratique. Nous avons pu rassembler 70 observations, en ajoutant aux faits d'Etienne et d'Estrebeau quelques faits nouveaux. Nous ne comptons pas les cas où la dilatation a été pratiquée par le procédé lent. Nous avons dressé le tableau de ces observations et voici les enseignements que nous avons pu tirer.

La femme la plus âgée est celle qui fut opérée par Reliquet; elle avait 80 ans; elle a guéri sans incontinence (1). La fille la plus jeune qui a subi l'opération avait 4 ans (Th. de Flottard); elle avait de l'incontinence antérieure de l'urine, incontinence qui fut guérie à la suite de l'extraction du calcul. Cependant Vincuel se déclare partisan de la dilatation progressive chez les petites filles. Sur 7 cas de dilatation rapide pratiquée avec succès chez des enfants par Curling, Heath, Hiltmann, Gwinne, Devey, Lolly et Wacklen, il y eut deux fois de l'incontinence. Par contre, la dilatation progressive dans la statistique de cet auteur n'a donné qu'un seul cas d'insuccès sur 15 cas. L'enfant mourut d'une maladie des reins. Les autres guérirent sans incontinence. Dans notre statistique nous trouvons 11 enfants dont le plus âgé avait 15 ans et le plus jeune 3 ans. On note chez l'enfant de 15 ans la déchirure de l'urèthre avec incontinence et hémorrhagie (obs. Jeweth. *B. méd. J.*, 1870). Chez un enfant de 6 ans opéré pour un calcul par Harrison, 9 mois d'incontinence et chez un autre de 14 ans une incontinence insignifiante. Il y a eu donc incontinence dans le 1/3 des cas environ. Mais une seule fois elle fut grave réellement et fut accompagnée d'hémorrhagie. Par contre, on note dans 4 observations (3 obs. de Parker et une de Flottard), la guérison d'une incontinence antérieure à l'opération. Cette question n'est donc nullement jugée et appelle de nouvelles recherches. Parmi les plus gros calculs extraits par les voies naturelles sans morcellement nous noterons les calculs enlevés par Pozzi et Cauchois. Ces calculs mesuraient 38 mill. de largeur. En ajou-

(1) *Union médicale*, 1876.

tant à ces diamètres la largeur des tenettes on arrive à une dilatation de 4 centim. Dans les deux observations précitées il n'y eut pas d'incontinence. En général, les calculs enlevés n'avaient pas plus de 2 à 2 centim. et 1/2 de diamètre transversal.

Sur 70 observations nous trouvons 3 cas de mort. Ce sont les deux observations de M. Labbé et une observation de Dubreuil. Dans les deux cas de Labbé il existait des lésions rénales graves, sûrement préexistantes à la dilatation. Dans les cas de Dubreuil la mort ne doit pas être attribuée selon l'auteur aux désordres produits par la dilatation, mais à des accidents d'urémie survenus à la suite du mauvais état de la vessie ou à l'intoxication putride occasionnée par la malpropreté dans laquelle la malade est restée quelques jours. Dans le même cas la dilatation fut précédée de trois tentatives infructueuses de lithotritie chez une femme de 61 ans qui ne pouvait pas retenir ses matières et qui était constamment souillée.

Ces morts ne nous paraissent nullement imputables à l'opération et on aurait certainement tort d'après cela d'établir une statistique de 4 0/0 de mortalité à la suite de la dilatation pour extraire des calculs de la vessie. L'incontinence persistante fut notée 3 fois sur 70 cas.

Un cas concerne la petite fille dont nous avons parlé qui a eu une déchirure de l'urèthre et une incontinence grave. Un second cas (Teale) d'incontinence persistante fut observé encore chez une jeune femme de 28 ans. Le 3e cas est dû à Coulson. La pierre mesurait 8 centim. 2 avec les pinces. L'âge n'est pas noté.

L'incontinence incomplète et passagère fut notée 8 fois. Nous avons lieu de croire qu'elle est plus fréquente. Cette incontinence a duré pendant quelques mois (Hussen), 9 mois (Harrisson), une semaine (Johnson), 15 jours (Reliquet), etc.

La grosseur de la pierre, le jeune âge ou l'âge avancé des opérées paraissent avoir été les facteurs de la plus longue persistance de l'incontinence dans ces cas.

L'incontinence ne suit pas nécessairement les dilatations multiples chez la même malade. Chez une femme de 34 ans, Nicaise fit 2 fois la dilatation pour extraire des calculs.

Desprès quelque temps après, chez la même malade, entreprit une dilatation lente avec l'éponge préparée et ce chirurgien qui ne se vante pas d'être antiseptique, introduisit 5 fois au moins son doigt dans la vessie dans l'espace de quelques jours. La malade guérit. Elle n'eut pas d'incontinence.

Nous croyons donc pouvoir conclure :

1) La dilatation du col de la vessie de la femme est très souvent suffisante pour extraire des calculs de 2 à 3 centim. de largeur.

2) La même opération est souvent applicable aux calculs qui dépassent ce diamètre, car on peut faire la lithotritie.

3) Il faut donc toujours commencer le traitement des calculs vésicaux chez la femme par la dilatation, d'autant plus que cette opération est capable à elle seule de faciliter l'expulsion spontanée de la pierre ainsi qu'il résulte de notre observation.

4) Cette conduite est d'autant plus rationnelle que la dilatation est inoffensive. La mortalité est nulle à une condition : l'intégrité parfaite des organes urinaires et des reins.

5) Les accidents qu'elle détermine ne sont pas trop à craindre. L'incontinence est le plus fréquent de tous ces accidents et elle ne s'observe qu'exceptionnellement (3 0/0 environ). L'incontinence incomplète n'est presque pas un accident, mais un fait qui est normal à la suite de la dilatation. Elle cesse en général rapidement.

6) A tous les âges, la dilatation est indiquée, quand il s'agit d'extraire un calcul ou un corps étranger de la vessie. Mais, il n'est pas démontré que la dilatation rapide soit meilleure que la dilatation lente chez les jeunes filles au-dessous de 14 ans.

7) En tous cas, aux deux extrêmes de la vie, il faut craindre l'incontinence et prendre des précautions particulières, fragmenter, par exemple, les calculs de 2 centim.

8) Dans certains cas particuliers, on pourrait peut-être confier à la nature l'expulsion du calcul après avoir dilaté le col de la vessie, l'observation suivante où ce fait s'est produit, nous dicterait cette conduite dans certains cas déterminés s'il s'agissait par exemple d'un calcul de 3 centim. chez une petite fille ou une vieille femme.

OBS. II (PERSONNELLE). — *Calcul de la vessie chez une femme de 49 ans. Dilatation de l'urèthre. — Sortie spontanée du calcul au bout de quelques heures.*

La nommée X..., âgée de 49 ans, demeuraut à Lille, est une femme vigoureuse, un peu obèse, qui mène une vie sédentaire depuis 16 ans.

Elle eut 5 enfants et les accouchements ont été toujours faciles. Un seul enfant est mort athrepsique.

Depuis 10 ans environ cette dame éprouve des troubles de la miction caractérisés par des envies fréquentes d'uriner, alternant avec l'impossibilité de le faire. Ces troubles survenaient toujours à l'occasion de fatigues excessives et au moment des règles.

Depuis 3 ans, outre les troubles de la miction, elle a présenté des douleurs qualifiées par le médecin traitant et par elle-même de crampes d'estomac qu'on a soignées par le régime lacté. Ces douleurs n'ont jamais été suivies de jaunisse (coliques néphrétiques ?).

Depuis le mois d'octobre dernier les douleurs ont beaucoup augmenté. Les troubles urinaires sont devenus presque continuels. La course en voiture est devenue insupportable ; le chemin de fer et la fatigue de la maison sont mieux supportés.

15 mai. M. le Dr Surmont, auquel je dois ces notes, est appelé auprès de la malade pour une crise douloureuse. 8 jours après la malade se trouvait dans l'impossibilité d'uriner. M. Surmont pratique souvent le cathétérisme. Il est forcé de revenir souvent, même la nuit, pour vider la vessie et calmer les douleurs. En pratiquant ces cathétérismes, ce confrère ne trouve jamais une sensation dure et ne rencontre pas de calcul. Les urines sont examinées vers la même époque par M. Surmont qui les trouve ammoniacales, sans pus. L'examen microscopique démontre une grande quantité de cristaux.

Enfin, M. Surmont m'appelle en consultation le 27 juin 1890. Nous

examinons ensemble la malade et après avoir constaté l'intégrité des autres fonctions nous constatons l'existence d'une légère cystocèle. Le méat n'est pas rouge ni enflammé. L'utérus est en antéflexion, il est normal. Nous pratiquons le cathétérisme avec une sonde en argent, qui passe très facilement sans provoquer de douleur au niveau du canal. Nous explorons attentivement la vessie. Nulle part nous ne sentons de bruit caractéristique de calcul. Sur le bas-fond, la vessie paraît plus douloureuse. Avec le toucher vaginal nous ne sentons pas d'avantage de calcul. Nous poussons une injection d'eau boriquée dans la vessie, qui paraît très spacieuse. L'injection n'est presque pas douloureuse.

Le diagnostic était assez délicat. Nous hésitons entre les trois affections suivantes : une tumeur de la vessie, un calcul, ou une cystite du col.

Toutes les probabilités étaient plutôt pour la cystite du col, à cause de l'absence des signes physiques du calcul et du peu d'importance des hématuries. Cette dame n'avait pissé qu'une seule fois du sang et encore en très petite quantité, comme dans la cystite. Nous nous décidons cependant à pratiquer une exploration digitale de la vessie et à conformer notre conduite avec les résultats de cette exploration.

Nous proposons d'autant plus volontiers la dilatation de l'urèthre que nous penchons vers le diagnostic cystite du col, et nous espérons par ce moyen enrayer du même coup les accidents.

L'opération est pratiquée le 29 juin. La malade est chloroformée facilement. A l'aide d'une pince hémostatique, dont nous avons limité l'écartement des branches à 2 centim. environ, nous pénétrons dans la vessie et nous la ressortons en ouvrant les mors Il ne se produit qu'un très léger écoulement de sang, provenant d'une plaie de quelques millim., qui siège au niveau du méat. Nous pénétrons ensuite dans la vessie avec le petit doigt qui, arrivé au fond, ne peut rien sentir. Nous remplaçons ce doigt par l'indicateur qui pénètre lentement et doucement jusque dans la vessie. La vessie est lisse, veloutée et ne présente rien de particulier dans ses deux tiers supérieurs, mais voulant explorer le bas-fond, le doigt recourbé en crochet arrive à sentir derrière le pubis, dans une sorte de diverticulum formé par la vessie prolabée, un corps dur, qui ne peut être qu'un calcul. Le doigt peut soulever le calcul et juger de sa forme et de son volume. Sa forme paraît celle d'une amande

très forte. Il est allongé et presque cylindrique. Sa largeur nous paraît à peu près égale à celle du doigt indicateur. Son petit diamètre ne dépasse pas 2 centim.

Renseigné sur la forme et la situation du calcul nous faisons quelques tentatives d'extraction avec les pinces que nous avons à notre disposition, mais ce fut en vain. Il faut noter que l'urèthre est long et le calcul très profondément placé dans une sorte de bas-fond de la vessie en légère cystocèle. Ces circonstances expliquent l'insuccès du cathétérisme explorateur. Même avec le doigt M. Surmont qui a le doigt plus petit que moi ne parvient pas à sentir le calcul.

Ne voulant pas irriter la vessie davantage, nous n'insistons pas et remettons pour le lendemain l'extraction de la pierre, nous promettant de revenir munis de tenettes et de longues pinces. Nous poussons une injection boriquée dans la vessie qui malgré ces manœuvres peut retenir assez bien le liquide. La nuit du même jour, vers minuit la femme est prise d'envie d'uriner ; elle fait quelques efforts et tout d'un coup, sans grande douleur, elle entend le bruit sec d'une pierre tombant dans le fond du vase. La pierre fut expulsée spontanément.

Cette pierre mesure 4 centim. de long sur 2 de large, elle est ovoïde et présente une petite et une grosse extrémité. Sa conformation permet de comprendre comment elle a pu s'engager dans l'urèthre dilaté et sortir au dehors.

Le 4e jour la femme vaquait à ses occupations. Pas d'incontinence.

PETIT KYSTE DE L'OVAIRE ENCLAVÉ DANS LE CUL-DE-SAC DE DOUGLAS ET DÉTERMINANT DEPUIS DIX-HUIT ANS DES DOULEURS EXCESSIVES. — OPÉRATION, GUÉRISON

Par le Dr **Rendu** (de Lyon), chirurgien de l'infirmerie St-Jean, ancien chef de clinique obstétricale de la faculté.

Le numéro des *Annales de gynécologie* du mois de juin dernier renferme une Note du Dr Schwartz sur « un cas d'ovariotomie pour un petit kyste de l'ovaire *enclavé* dans le cul-de-sac de Douglas ».

Cette observation m'a remis en mémoire, un fait absolumen semblable que j'ai observé les premiers jours d'avril 1888. Dans mon cas, il y avait, en outre, un kyste de l'autre ovaire, que j'ai enlevé par la même occasion. Je ne puis mieux faire que de transcrire ici le compte rendu de la séance du 11 avril de la Société des sciences médicales de Lyon (*Lyon Médical*, n° 22, 1888), séance dans laquelle je fis une communication à ce sujet.

M. Rendu présente des pièces provenant d'une ovariotomie double et donne les renseignements suivants :

Personne âgée de 38 ans, malade depuis dix-huit ans. Elle présentait une constipation opiniâtre et, 15 à 20 jours par mois, des douleurs excessives dans le bassin, qui lui faisaient chercher un peu de soulagement dans des positions diverses ; ce n'est qu'en se mettant à genou sur le parquet et en s'appuyant sur les coudes que ces souffrances étaient atténuées. Cette malade, qui a suivi de nombreux traitements, tous sans le moindre résultat, se présente à M. Rendu avec le diagnostic *tumeur fibreuse bosselée enclavée sous le sacrum*, avec un dessin à l'appui.

M. Rendu diagnostique un petit kyste de l'ovaire gauche fixé en arrière de l'utérus, un fibrome utérin, puisque l'hystéromètre donne 8 centimètres de profondeur chez une femme vierge, et un kyste de l'ovaire droit. Ce diagnostic a été complètement vérifié à l'opération, et M. Rendu a pu, par la laparotomie, enlever ces deux petits kystes ovariques, tous deux à contenu hématique. Le gauche, ou plutôt celui qui était fixé tout à fait en arrière de l'utérus, cause de la plupart des symptômes douloureux, était du volume d'un gros marron, et *littéralement emprisonné* dans le cul-de-sac de Douglas par les ligaments utéro-sacrés ; c'est là ce qui explique sa fixité et ce qui avait fait croire à plusieurs médecins qu'il ne faisait qu'un avec l'utérus hypertrophié. Le droit avait le volume d'une petite orange. M. Rendu ajoute, en présentant les pièces à la Société, que la malade est en voie de guérison.

Je m'étais promis de publier cette observation avec quelques développements, mais j'avais négligé de le faire. La « Note » de M. Schwartz m'en fournit l'occasion.

J'y reviens donc et d'autant plus volontiers que le fait en lui-même, en dehors de sa rareté, est instructif par les considérations cliniques et anatomo-pathologiques auxquelles il a donné lieu.

Mlle X... s'était présentée à mon cabinet le 5 avril 1888 et m'avait raconté l'état de souffrances continuelles et parfois excessives dans lequel elle était depuis 18 ans. Elle avait même pris la précaution d'ajouter que si elle venait chez moi, c'était par pure condescendance pour sa famille, mais non dans l'espoir d'une guérison, qu'elle avait vainement cherchée jusqu'alors en frappant un peu à toutes les portes. L'année précédente un de nos maîtres l'avait soignée pendant un mois, dans une maison de santé de Lyon, et, comme toujours, sans le moindre résultat.

Je l'examinai néanmoins et relevai l'état local suivant :

Rien au vagin. Col utérin sain, médian, un peu porté en avant, ne se déplaçant pas ou presque pas, lorsqu'on lui imprime avec les doigts des mouvements soit de latéralité, soit d'avant en arrière. On reconnaît bien vite, en effet, par l'exploration du cul-de-sac antérieur et par le palper hypogastrique combiné, que le corps utérin est hypertrophié et dépasse manifestement de quelques travers de doigt le plan du détroit supérieur. Le cul-de-sac postérieur est aussi rempli par une tumeur arrondie, du volume d'une mandarine, fixe, sensible à la pression, et qui semble absolument ne faire qu'un avec la masse utérine; mais, après une exploration minutieuse, le doigt reconnaît qu'au lieu d'avoir la fermeté, la dureté du tissu utérin, cette tumeur est tendue, rénitente, et doit être à contenu liquide.

L'hystéromètre donne 8 centimètres de profondeur.

Par le palper hypogastrique on découvre à droite, au-dessus de l'aine, une autre tumeur du volume d'une petite orange, également rénitente et sensible, siège de fréquentes douleurs, et indépendante de la masse qui vient d'être signalée.

Je portai, nous verrons bientôt pourquoi, le diagnostic suivant : 1° petit kyste de l'ovaire gauche immobilisé, fixé en arrière de l'utérus par une cause qui échappait ; 2° fibro-myôme utérin ; 3° kyste de l'ovaire droit.

Ce diagnostic, pleinement confirmé quelques jours plus tard, fut immédiatement consigné sur le registre des observations, et la

malade entra le lendemain à l'infirmerie St-Jean, chambre particulière, n° 2.

Je l'opérai par la laparotomie le 7 avril, assisté de mon ami le Dr Piante et de mon aide ordinaire.

La seule particularité à noter fut la difficulté réelle que j'eus à extraire du cul-de-sac de Douglas, le kyste ovarique gauche, qui le remplissait et le distendait énormément, sans avoir pourtant contracté aucune adhérence avec lui. Les deux ligaments utéro-sacrés étaient étalés et tendus, comme le seraient les deux cordes vocales supérieures au-dessous desquelles une graine de raisin serait venue se loger.

J'eus un moment la pensée de vider le kyste avec un trocart (ce qui eût été préférable), mais tandis que je tentais un dernier effort avec l'extrémité des doigts, la paroi du kyste se rompit et le contenu, liquide hématique fluide, semblable à du café à l'eau, s'épancha dans l'abdomen. J'en fus quitte pour une toilette plus minutieuse du péritoine.

Le kyste droit enlevé, je refermai le ventre sans me soucier du petit fibrome interstitiel utérin, qui, désormais, ne devrait plus gêner la malade.

La guérison fut rapide et complète.

Je revoyais dernièrement Mlle X... (juillet 1890), qui depuis son opération, c'est-à-dire depuis plus de 2 ans, n'a plus ressenti aucune douleur et a repris la vie de tout le monde. Ses règles ne sont pas revenues, et son petit fibrome utérin, dont elle ignore l'existence, a sensiblement diminué.

Au point de vue clinique, l'intérêt de cette observation réside, non dans l'opération elle-même, mais plutôt dans le diagnostic exact qui a été porté, et qui a conduit à l'intervention.

Pourquoi, en effet, en présence de cette masse de forme irrégulière, qui avait été considérée jusque là comme une tumeur fibreuse bosselée déterminant des douleurs par compression, ne me suis-je pas rangé à l'avis général?

C'est d'abord, parce que j'ai été assez heureux pour reconnaitre que le prétendu lobe qui remplissait le cul-de-sac de Douglas et dont la tension excessive donnait l'illusion de la

dureté, n'était pas solide, mais liquide, c'est-à-dire kystique.

Mais ce n'était pas tout; le point délicat le voici:

En face de ce fibrome, dont l'existence était évidente, et qui semblait ne faire avec le lobe postérieur qu'une masse unique, pourquoi n'ai-je pas admis l'idée d'une tumeur fibro-kystique de l'utérus, maladie dont le nom se voit dans les ouvrages classiques et qui est assez souvent prononcé au lit des malades? Avec ce diagnostic la présence de liquide dans le lobe postérieur était toute naturelle?

Eh bien, j'ai écarté ce diagnostic par cette raison que, jusqu'ici, je crois peu à cette entité anatomo-pathologique. Sans doute, on trouve parfois des vacuoles pleines de liquide en sectionnant par le milieu de gros fibromes utérins ; sans doute aussi on rencontre de loin en loin de petits kystes sessiles ou pédiculés, fixés à la paroi postérieure de l'utérus. Huguier les a décrits depuis longtemps; mais depuis 12 ans que mon attention est attirée de ce côté, je n'ai jamais vu, ni à l'amphithéâtre en recherchant des pièces anatomiques, ni dans les salles d'opération, d'utérus ayant subi la dégénérescence kystique au point d'en imposer CLINIQUEMENT pour un kyste de l'ovaire. Voilà pourquoi je ne voudrais pas que, cédant à une habitude regrettable, on fît si souvent intervenir dans le diagnostic différentiel des kystes ovariques, la tumeur fibro-kystique de l'utérus. Voilà aussi pourquoi, dans l'observation que je viens de relater, j'ai évité un diagnostic erroné et pu guérir ma malade.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. RICHELOT. **Traitement des myômes utérins par l'électricité.** — L'électricité est en grande faveur dans la thérapeutique des fibromes. Soutenue par des hommes sérieux, dénigrée par

d'autres, compromise par des partisans trop zélés, on peut lu prédire qu'elle restera dans la pratique, mais à condition qu'on lui cherche des indications précises, et je pense qu'en examinant avec soin les épaves du traitement nouveau, nous avons quelque chance de dégager la cause des insuccès, et par suite de formuler des indications.

Une première condition, pour avoir de bons résultats, paraît être l âge voisin de la ménopause. Chez la femme plus jeune, c'est une autre affaire : l'évolution du fibrome déjoue très ordinairement les efforts. Mais, comme il y a des opérations dangereuses, et des malades qui ne veulent pas être opérées, il faut reconnaître que l'électricité est le meilleur des palliatifs.

Je fais donc une part assez large à l'électrothérapie. Voici maintenant de fortes réserves basées sur le diagnostic et le siège des fibromes.

Il ne suffit pas qu'une malade, croyant avoir un fibrome, vienne présenter son ventre. Il y a beaucoup de chances pour qu'elle ait une variété quelconque de salpingo-ovarite. C'est une erreur de diagnostic courante. Or, voici à quoi s'exposent ceux qui ont l'électricité facile et le diagnostic peu sévère. Si la trompe et l'ovaire ne sont pas suppurés, il n'y a que demi-mal : une atténuation passagère des symptômes peut suivre l'application des courants. Mais si, par malheur, on se trouve en présence d'une suppuratien, les accidents peuvent être mortels.

D'autre part, combien de fois, dans la castration pour myôme, ne trouvons-nous pas les trompes ou les ovaires malades ! La castration n'agit-elle pas alors surtout par la suppression d'une lésion douloureuse et grave par elle-même ? Il faut donc, avant d'électriser, être bien sûr qu'il n'y a pas une lésion voisine en pleine évolution.

Si un essai d'électrisation échoue, on n'est pas en droit de persévérer, sans quoi on laisse aux lésions le temps de devenir irréparables. C'est ce qui est arrivé à une femme de 46 ans qui vint à l'hôpital anéantie et que j'opérai en décembre dernier. Outre ses fibromes, je lui trouvai une volumineuse pyosalpingite, qui creva dans le péritoine ; et les adhérences saignèrent en nappe à un degré tel que l'hémostase ne put être obtenue et que la malade mourut d'hémorrhagie. Cette hémorrhagie a d'ailleurs pour cause principale une dégénérescence athéromateuse géné-

ralisée. Si on eût moins attendu, la guérison eût sans doute été obtenue : j'ai enregistré un succès chez une femme où, outre un fibrome, l'opération m'a révélé une suppuration tubaire en imminence de rupture, et de plus adhérente au côlon descendant, qui se rompit pendant l'opération. Que serait devenue cette femme si, ne voyant que la tumeur, — qui seule était visible, — ignorant la suppuration des trompes et l'imminence de leur rupture, on lui eût fait subir en conscience les intensités hautes ou basses ?

Un second point dont il faut tenir compte, c'est le *siège de la tumeur*, ses rapports avec la paroi utérine. Si on pense que tout fibrome légitime l'électricité, on néglige une distinction à faire entre les fibromes interstitiels et ceux qui s'énucléent sous le péritoine. Les premiers, incorporés à la masse utérine, sont seuls hémorrhagiques. Tout ce qui modifie la nutrition de la paroi utérine agit en même temps sur eux. Ainsi font l'électricité, l'ablation des ovaires.

Mais que voulez-vous faire avec des courants sur ces corps fibreux énucléés et désintéressés des actes physiologiques de la paroi utérine ?

La première observation relatée plus haut nous montre un cas de ce genre : à part la pyosalpingite, il y avait deux fibromes pédiculés qui ne pouvaient être influencés par les courants. J'ai été consulté, en novembre 1889, par une dame qui venait de suivre le traitement électrique pendant deux mois. Elle en était fatiguée et ne trouvait aucun changement. En l'examinant, je n'en fus pas étonné, car la tumeur avait toute l'apparence d'une masse composée de plusieurs fibromes sous-péritonéaux. Je conseillai donc l'hystérectomie abdominale.

J'aurais bien voulu voir l'électricité aux prises avec une femme de 45 ans, à laquelle j'ai enlevé avec succès deux fibromes pédiculisés et un qui même était devenu complètement libre de l'utérus et ne vivait que par des adhérences intestino-épiploïques.

Je ne vous ai parlé, aujourd'hui, que du traitement des fibromes par l'électricité ; dans une autre séance, j'étudierai de même, au point de vue de leur valeur respective, la castration ovarienne et l'hystérectomie. Ma conclusion, en ce qui concerne le premier de ces trois points, est celle-ci : nous voyons aujourd'hui, depuis que l'électricité est en vogue, bon nombre de femmes chez qui elle n'a pas réussi ; nous voyons aussi des cas où l'intervention

chirurgicale démontre qu'elle n'aurait pu réussir. C'est une raison pour chercher, avec une précision à laquelle tous ne songent pas, dans quelles conditions déterminées, elle est un agent salutaire ou un traitement aveugle et nuisible.

M. Bouilly. — Je suis fort heureux de la communication de M. Richelot, dont je partage à peu près toutes les opinions. Il y a malheureusement bien des cas où on applique l'électricité sans diagnostic exact des lésions de l'utérus et des annexes. Or, comme l'a dit M. Richelot, les lésions concomitantes sont ici fort importantes; j'y ai insisté dans notre discussion sur la castration. Je pense qu'elles existent surtout avec les myômes qui causent le plus de troubles fonctionnels, et dans ces cas j'ai trouvé en opérant des hémato, des pyosalpingites, des ovaires à petits kystes, gros même comme une orange. Dans ces cas, l'électricité est mauvaise; la laparotomie seule est bonne et en enlevant les annexes on a des succès. De même, la castration est excellente dans certains cas de gigantisme utérin, sans fibromes, où on peut trouver des pyo-salpingites. En somme, ces lésions des annexes ont un retentissement très important sur le tissu utérin; c'est à elles qu'il faut s'attaquer.

Dans les observations de M. Richelot, je relèverai deux points;

1° Après décortication des adhérences pelviennes, on vient presque toujours à bout par la compression ou par l'eau chaude de l'hémorrhagie en nappe qui se produit. J'admets donc avec M. Richelot que, dans ses observations, il faut faire intervenir les dégénérescences vasculaires.

2° Les adhérences intestinales heureusement sont rares, même dans les salpingites anciennes, et surtout rares pour l'intestin grêle. Je les ai surtout rencontrées à gauche avec l'S iliaque, à droite avec le cæcum et son appendice. Là, la libération est assez aisée et je n'ai pas eu de perforation intestinale à déplorer.

M. Terrier. — M. Richelot a cent fois raison de déclarer que les 3/4 des diagnostics qu'on nous adresse sont incomplets, ce que la difficulté excuse. Pour ma part, pas plus tard que ce matin, j'ai trouvé un myôme que je croyais compliqué de pyo-salpingite, et j'ai trouvé un ovaire kystique. Récemment, j'ai enlevé un kyste ovarique bilatéral, végétant, avec végétations péritonéales, qui compliquait un fibrome. Il va sans dire que, vu cette diversité des lésions, les résultats de l'électricité seront bien variables. Si c'est

une panacée, elle rentrera dans l'ordre des panacées. Mais elle donnera sans doute des résultats si on l'applique scientifiquement. Je la crois surtout bonne dans les myômes hémorrhagiques, et là j'ai vu cesser les pertes dans un cas que j'ai fait traiter de la sorte. Il faudrait d'ailleurs demander à MM. les électriciens s'ils n'électrisent pas de parti pris les pyo-salpingites; j'ai enlevé il y a quelques semaines une double pyo-salpingite à laquelle pendant des mois M. Apostoli a fait des séances, gratuites d'ailleurs. Le résultat, bien entendu, avait été nul. Or, les suppurations tubaires sont très fréquentes, et cela se comprend, au cours des myômes utérins. C'est quand survient cette infection ascendante que les accidents éclatent surtout et je pense qu'on en viendra de plus en plus à pratiquer la castration aussitôt qu'un fibrome cause des accidents.

M. RICHELOT. — Je crois que les princes de l'électricité pensent, scientifiquement, que les salpingites sont de leur ressort. Pour les salpingites simples, ils ont quelques améliorations. Pour les suppurées, cela devient un crime, si ce n'est pas une erreur. Je confirme l'opinion de M. Bouilly sur la rareté des hémorrhagies, des lésions intestinales dues aux adhérences.

M. TERRIER. — Sur ce dernier point de détail, mon expérience est un peu moins favorable. J'ai souvent trouvé des adhérences à l'intestin, et à l'intestin grêle. Dans notre récente discussion sur les suppurations pelviennes, je vous ai cité des cas d'anus contre nature, de fistule pyo-stercorale. Plusieurs fois, j'ai dû feair des sutures intestinales.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait une longue communication pour montrer que, dans ses travaux antérieurs, il a précisément eu pour but d'établir que l'électrisation est une bonne méthode, à condition qu'on en pose bien les indications et qu'on ne lui attribue pas le pouvoir de supplanter définitivement le bistouri. M. Richelot n'a donc fait qu'insister sur cette doctrine. A ce propos, M. Championnère revient en détail sur sa communication de l'an dernier : sur l'innocuité de la méthode extra-utérine à basses intensités, sur les dangers de la méthode d'Apostoli. Il contredit à l'opinion de M. Richelot sur les myômes sous-péritonéaux énucléés : malgré tous les raisonnements théoriques, ils peuvent être justiciables de l'électrisation.

M. QUÉNU. — J'ai traité ou fait traiter par l'électricité une

vingtaine de myômes ; en général, je m'en tiens à 80, 100 milliampères, mais j'ai parfois été à 150. Mes résultats se décomposent en trois catégories :

La première est celle des succès, et j'en ai eu de très beaux, Trois de ces malades sont guéries depuis assez longtemps pour être convaincantes. Deux fois, il s'agissait d'hémorrhagies graves qui ont cessé, et il est à noter qu'une de ces malades avait subi auparavant la castration et n'en avait retiré qu'un bénéfice temporaire. Chez la troisième, les douleurs dominaient et elles ont été très améliorées. Il est intéressant de constater qu'elle semblaient tenir pour beaucoup à une tympanite réflexe intense, que l'électrisation a beaucoup fait diminuer.

La seconde catégorie, je n'en parlerai pas : c'est celle de succès trop récents pour être démonstratifs.

Les insuccès sont incontestables, même pour des cas hémorrhagiques. Mais, je tiens à déclarer que je n'ai jamais eu d'accidents, lesquels sont dus surtout à l'insuffisance d'antisepsie. Mais quelles sont les conditions d'insuccès ? Sans doute, les lésions des annexes, et j'ai opéré il y a 7 à 8 jours une femme chez laquelle un double hématosalpinx m'a rendu compte de mon échec : mais la difficulté est d'établir un diagnostic, assez aisé quand il n'y a qu'une lésion des annexes, mais souvent à peu près impossible quand un fibrome masque cette lésion. Quant à la division de M. Richelot, selon que les fibromes font ou non partie de la paroi utérine, je ne la crois pas absolument fondée. Doit-on avec M. Championnière, se baser surtout sur l'âge, vers la ménopause : on a de bons résultats chez des femmes jeunes. Je pense donc qu'il faut surtout électriser les myômes pour lesquels on prévoit une opération rendue difficile, dangereuse, par l'enclavement, par exemple, ou par l'affaiblissement de la malade.

Je signalerai un cas où un kyste de l'ovaire latent, concomitant, a subi, sous l'influence de l'électrisation, un développement remarquablement rapide.

M. Richelot. — Nous arrivons, en somme, à dire à peu près tous la même chose : qu'il ne faut pas électriser à tort et à travers et supprimer le bistouri. Un seul point me sépare de M. Championnière : ce n'est pas théoriquement, que j'ai parlé des myômes énucléés, mais, d'après des faits rebelles à l'électrisation. Il y a des faits favorables ; je l'accorderai à M. Championnière, et dès lors, il ne s'agit plus que d'une question de proportion.

M. Bouilly. — *Traitement des suppurations pelviennes.* — J'ai ouvert six fois par la voie vaginale, et non comme il est d'usage par la laparotomie, des collections salpingo-ovariennes. Il ne s'agissait pas, j'y insiste, de poches de péritonite enkystées dans le cul-de-sac de Douglas, d'hématocèles suppurées ni de phlegmons du ligament large, toutes collections basses, bombant dans le vagin, tandis qu'en cas de salpingite la voie vaginale ne s'offre pas d'emblée à la pensée.

En 1887, je vis une jeune femme qui depuis plusieurs années souffrait d'une salpingite ; je lui trouvai dans la fosse iliaque gauche une collection dont je diagnostiquai nettement la nature tubaire, et je fis la laparotomie. Mais la profondeur et les adhérences intestinales étaient telles que cette laparotomie dut rester exploratrice. Alors, comme à bout de doigt, je trouvai la collection dans le vagin, je la ponctionnai et je l'ouvris au thermocautère : mais au huitième jour, pendant un pansement heureusement, survint une hémorrhagie secondaire, en sorte que depuis j'ai toujours eu recours au bistouri. Cette malade a fort bien guéri.

Ma seconde observation a trait à une femme épuisée par des hémorrhagies dues à un polype et qui de plus portait dans la fosse iliaque gauche une volumineuse salpingite suppurée. Je la débarrassai d'abord de son polype ; mais elle était encore bien affaiblie quand je crus prudent d'éviter la laparotomie, ce qui était possible, car la poche était accessible en haut du vagin quand on appuyait sur l'hypogastre.

Chez une troisième malade, on pouvait agir aussi bien par le vagin que par l'hypogastre pour une collection située à gauche. Les annexes droites, un peu grosses mais non suppurées, ont pendant longtemps encore causé des souffrances, mais peu à peu se sont améliorées, et je ne regrette pas de ne pas y avoir touché.

En quatrième lieu vient une femme de trente et un an, atteinte depuis longtemps de métrorrhagie et de leucorrhée. Elle avait de l'endométrite et des annexes douloureuses, et je commençai par un curettage ; mais il en résulta un réveil de l'inflammation tubaire et, avec fièvre, une collection se développa à gauche. L'état général était mauvais, l'exploration sous le chloroforme me démontra la possibilité d'agir par le vagin : je le fis et j'eus un succès, assez lent il est vrai.

Dans mon cinquième cas, j'opérai une jeune femme, une enfant presque, chez laquelle les accidents avaient débuté en septembre 1889, quelques jours après son mariage ; en décembre une collection s'ouvrit dans le rectum, je fus appelé en février et je trouvai une femme abattue, vomissant tout, hectique, avec une collection droite se vidant mal. La laparotomie dans ces conditions me parut bien grave et je proposai la voie vaginale : les accidents s'amendèrent vite, mais il reste aujourd'hui encore un trajet fistuleux.

Enfin ma sixième observation est celle d'une femme qui, malade depuis six à sept ans, m'arriva venant de l'étranger avec une poussée aiguë, fébrile, causée par le voyage. Là encore la poche était bien accessible par l'hypogastre ; mais la fièvre, la virulence intense qu'elle dénotait dans le pus, me poussèrent à faire l'ouverture vaginale : la guérison fut rapide et complète.

Telles sont mes observations. J'en conclus que, dans certains cas, on peut agir comme je l'ai fait. Une première condition est l'accessibilité par le vagin, cela va sans dire. De plus, il faut que ce soit une vraie *collection*, évacuable par une seule incision, ce qu'on reconnaît bien à la palpation bimanuelle, par la consistance et la fluctuation partout égales. Enfin il est indispensable que la suppuration tubaire soit unilatérale.

Le manuel opératoire est le même que pour les autres abcès pelviens, avec cette différence qu'ici la collection ne bombe pas dans le vagin : il faut que la main d'un aide, appuyant sur l'hypogastre, l'abaisse sur le doigt de l'opérateur. Ce doigt sert de conducteur à un trocart qui ponctionne et le long duquel on débride ; puis on élargit cette incision avec une pince, on met un drain et on lave jusqu'à ce que le liquide ressorte clair. Avec le doigt, on sent battre les artères vaginales, et on les évite avec soin.

Je vous ai dit que dans un cas il reste une fistule contre laquelle je ne sais pas encore ce que je ferai.

Je conclus en disant qu'en général la laparotomie est la méthode de choix, mais qu'il est des cas où elle paraît devoir être mal supportée et qu'alors la voie vaginale est appelée à rendre de réels services.

M. Polaillon. — Je rappellerai que M. Laroyenne (de Lyon) a inventé pour ces opérations vaginales une instrumentation spéciale. D'ailleurs ce chirurgien généralise trop cette méthode et il

a souvent des fistules. Je m'associe donc aux limites posées par M. Bouilly.

M. ROUTIER. — Guidé par les mêmes motifs que M. Bouilly, j'ai ouvert par le vagin une collection tubaire gauche chez une femme très fébricitante et très affaiblie. Je songeai à la voie vaginale qui m'avait donné de bons résultats dans l'hématocèle, et j'ai eu un succès.

M RECLUS. — Le point le plus topique dans la communication de M. Bouilly est dans la limitation très nette et les indications précises. Dans les cas à poche épaisse et peu souple la fistule est à craindre : j'en ai eu une chez une femme que j'ai opérée en 1880 et que depuis j'ai perdue de vue. Il s'agissait là d'une poche entourée d'adhérences. Que faire d'ailleurs dans ces cas complexes, bien différents de ceux dont on discute aujourd'hui? C'est une question que je voudrais voir étudier par la Société. La laparotomie y est grave, et d'autre part les fistules, plus faciles à laver il est vrai que celles du vagin, ne sont pas rares.

M. MONOD. — Je citerai un cas déjà ancien où j'ai ouvert par le vagin une collection pelvienne, qu'à cette époque je n'ai d'ailleurs pas localisée avec précision. Pendant longtemps il y a eu une fistule, mais finalement elle s'est cicatrisée.

M. BOUILLY. — Je connaissais les travaux de Laroyenne : mais cet auteur généralise trop et a des fistules fréquentes. Quant aux faits complexes dont parle M. Reclus, où il y a un mélange de pelvipéritonite, de salpingite et de phlegmon, je crois qu'il faut les écarter de la discussion actuelle.

M. TERRILLON. — Quand j'ai commencé à pratiquer des opérations gynécologiques, j'ai d'abord incisé par le vagin les collections pelviennes: c'était alors la mode, et nous ne savions pas encore faire la laparotomie dans ces conditions. J'ai eu sans doute quelques succès, mais j'ai eu encore plus d'ennuis. Deux fois j'ai eu des hémorrhagies graves, et surtout il est resté beaucoup de fistules. Aussi en 1887, après le travail de Lawson Tait, ai-je commencé, après laparotomie, à suturer ces poches ouvertes à la paroi abdominale et j'en ai eu de bons résultats. Mais il y avait d'assez nombreux cas rebelles à cette méthode : il est impossible de traiter de la sorte les poches très profondes, devant lesquelles sont situés les intestins adhérents. Dans les cas de ce genre, j'ai obtenu des succès par le drainage simple à la gaze iodoformée.

Mais depuis 1888 je ne m'en suis plus tenu là : toutes les fois que j'ai pu, j'ai extirpé ces poches et j'ai été frappé du nombre de cas où cette extirpation est facile. Évidemment, pendant les manœuvres, la rupture des poches n'est pas rare ; mais cela n'entrave pas, en général, le succès, quand on sait bien protéger, puis nettoyer et enfin drainer le péritoine.

En somme, je pense qu'à peu près tous les abcès pelviens sont abordables par la laparotomie : j'en ai enlevé ainsi qui bombaient dans le vagin. Récemment encore, j'ai été tenté par cette saillie vaginale et pourtant, au grand étonnement d'un élève de M. Laroyenne, je me suis décidé pour la voie hypogastrique. Or, j'ai trouvé 4 poches dans l'ovaire et 1 dans la trompe : grâce à la laparotomie mon intervention a été complète, et l'élève de M. Laroyenne a reconnu que par le vagin elle eût été forcément incomplète.

On a fait des objections à la laparotomie : la péritonite surtout. Au début, en effet, j'ai eu deux morts de ce chef : mais depuis que je sais mieux opérer, je n'en ai plus.

Je dirai quelques mots d'une méthode née d'hier, l'hystérectomie vaginale totale : je n'en ai pas l'expérience, mais j'ai quelques craintes *a priori*, étant donné ce que je sais des adhérences intestinales à ces abcès péri-utérins.

M. Terrier. — J'avoue que j'ai été un peu étonné de la communication de M. Bouilly. Que ces collections siègent dans la trompe, ce qui d'après mes observations n'est pas très fréquent, ou, ce qui est la règle, dans les ovaires ou dans le péritoine, quand on les abandonne à elles-mêmes elles s'ouvrent souvent dans les organes voisins, rectum, vessie, vagin, et y restent indéfiniment fistuleuses. De même pour l'ouverture chirurgicale dans le vagin ; du temps que j'étais interne de Chassaignac, c'était le seul traitement de ces abcès péri-utérins, et j'ai presque toujours eu des fistules. Depuis, j'ai encore vu de ces fistules sur des malades que d'autres avaient opérées. Je pense donc que de la sorte on rend sans doute aux malades un service immédiat, mais qu'on ne leur procure pas la guérison définitive. J'approuve donc la doctrine soutenue par M. Terrillon, et c'est toujours par la laparotomie que j'aborde ces abcès.

Pourtant M. Terrillon a peut-être un peu trop mis tout dans une poche. D'après ma pratique, les cas sont un peu plus complexes

et ma mortalité est assez élevée. Cette complexité, en voici des exemples. Il y a 10 jours, j'ai opéré une femme atteinte d'une fistule vésico-intestinale dont la cause m'échappait : j'ai trouvé une salpingite ouverte à la fois dans l'intestin et dans la vessie. Une de mes plus anciennes opérées est une jeune femme chez qui un abcès, incisé par le vagin, s'était néanmoins ouvert par le rectum. Je fis la laparotomie et trouvai une pelvipéritonite sans poches distinctes. La malade a guéri, avec une fistule qui, il est vrai, a duré un an et allait de l'hypogastre au rectum. Puis cette femme est devenue enceinte, et pendant sa grossesse, fort heureuse d'ailleurs, la fistule s'est oblitérée.

Ces poches de pelvipéritonite, on ne peut donc pas les extirper. Au contraire, ce sera la méthode de choix quand les abcès sont tubo-ovariens; mais, même alors, il y a des cas complexes, avec fistule rectale par exemple, et j'ai actuellement dans mon service une opérée de ce genre. J'en ai même une autre à laquelle j'ai dû, délibérément, établir un anus contre nature.

Ce que je reproche à la voie vaginale, c'est qu'on agit à l'aveugle. En effet, je me déclare incapable de poser à l'avance un diagnostic anatomique absolument complet et sûrement exact : je n'ai que des présomptions. C'est peut-être une infériorité, mais j'aime mieux m'en accuser. Voilà pourquoi je préfère la laparotomie. J'ai d'ailleurs fait de temps en temps des essais de l'incision vaginale, dans des cas où la poche bombait de ce côté. Mais j'ai dû faire la laparotomie 3 ou 4 mois plus tard à une dame que j'avais opérée de la sorte.

Depuis un an environ je sais que M. Péan dans ces cas fait parfois l'hystérectomie vaginale. Il avait, en effet, opéré de la sorte une dame pour laquelle on m'avait refusé la laparotomie : les suites avaient été graves, mais la malade a guéri. Je crois la laparotomie bien préférable : mais j'aimerais encore cette large intervention, plutôt que l'étroite et aveugle incision vaginale.

M. Desprès, pensant que la communication de M. Bouilly va marquer un temps d'arrêt dans ces laparotomies qu'il réprouve, félicite vivement l'auteur de son retour vers la vieille chirurgie. Les ovarites sont des raretés, mais elles sont faciles à diagnostiquer (ici M. Desprès résume les signes anciennement classiques), et on les guérit par le repos, les injections chaudes et les vésicatoires. « Ces tubo-ovarites ne demandent pas plus de trai-

tement actif que les épididymites, leurs homologues chez l'homme. »

M. Pozzi. — Je crois qu'il faut inciser sur la poche qui contient le pus. Après incision, elle se rétracte, il reste des adhérences, et souvent les souffrances persistent. Aussi faut-il faire l'extirpation toutes les fois qu'elle est possible. Évidemment, on s'en tiendra au drainage quand il y a des adhérences multiples, et surtout pour les poches de pelvipéritonite. Mais ici je corrobore absolument l'opinion de M. Terrier ; avant la laparotomie, n'en déplaise à M. Desprès, le diagnostic précis est impossible. Or, agir par le vagin c'est s'exposer à respecter des poches qu'on aurait pu et dès lors dû enlever. Oui, ce sera peut-être parfois une méthode d'urgence, mais ce ne sera qu'une méthode palliative.

J'ajouterai un mot sur l'origine de ces abcès : mon expérience sur ce point ne concorde pas avec celle de M. Terrier, et je les crois tubaires plus souvent qu'ovariens.

M. Le Dentu. — Il faut distinguer les cas anciens et les récents Pour les anciens, la laparotomie est indiquée, sans conteste ; mais pour les récents, quand la poche est simple et souple, j'ai eu des succès rapides et complets par l'incision vaginale.

M. Routier. — M. Bouilly n'a parlé de l'incision vaginale que *pour certains cas déterminés*, et je tiens à spécifier que, dans le cas que j'ai relaté à l'appui de son dire, je n'ai incisé par le vagin que pour un motif spécial : parce que je n'ai pas osé laparotomiser une femme qui, depuis 8 jours, avait 40° de température.

M. Terrier. — Elle aurait eu 37° le soir de votre laparotomie. Je répondrai à M. Le Dentu que, pour toutes les suppurations péri-utérines, je suis partisan de la laparotomie aussitôt le diagnostic posé.

M. Marchand. — J'ai fait récemment avec succès une laparotomie pour salpingite chez une femme qui avait 40°.

M. Bouilly. — Je regrette que la plupart des orateurs précédents n'aient pas assisté à la dernière séance. Cela nous eût, sans doute, privé de considérations intéressantes sur les abcès pelviens, mais cela m'eût par contre évité de passer pour réactionnaire, moi qui crois être ici un de ceux qui font le plus volontiers la laparotomie. Ce que j'ai dit, la laparotomie restant la méthode de choix, c'est que, dans certaines conditions spéciales,

l'incision vaginale peut rendre des services (ici M. Bouilly répète le résumé des indications). La preuve en est que 5 fois sur 6, j'ai eu des guérisons exactement comme pour un abcès chaud quelconque. Aucun raisonnement ne peut tenir contre les faits, et ceux que j'ai apportés ici prouvent, une fois de plus, qu'en bonne chirurgie il ne faut pas avoir une thérapeutique uniforme pour tous les cas d'une même affection.
de Deneux (1813); Velpeau en cite deux autres.

M. Bouilly. *Fibrome et grossesse.* — Je vous présente une pièce provenant d'une femme de 28 ans chez laquelle M. Loviot a diagnostiqué un fibrome prenant une évolution rapide sous l'influence d'une grossesse datant de trois mois. Il m'a adressé cette malade et j'ai confirmé le diagnostic. Le fibrome s'enclavait dans le bassin, il y avait de la rétention d'urine, et après une période d'observation il devint évident que le fibrome n'avait nulle tendance à subir l'ascension parfois notée dans ces cas; d'autre part il n'y avait pas de place pour un avortement provoqué; *a fortiori* l'accouchement à terme devait-il être considéré comme impossible. Je décidai donc de faire l'amputation de Porro et je la menai à bien, enlevant ainsi l'utérus et le fibrome. Dans l'utérus, vous pouvez voir le fœtus, de 3 mois environ. L'opération a aujourd'hui 8 jours de date, et la malade va très bien.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance d'octobre 1890.

Loviot. 1) **Éclampsie au 7e mois de la grossesse chez une primipare albuminurique. Mort.** — La femme était âgée de 20 ans, primipare. A 7 mois 1/2 de grossesse, après avoir présenté des symptômes suffisamment caractéristiques pour qu'on pût faire le diagnostic rétrospectif d'albuminurie (somnolence, céphalée, bouffissure de la face, anasarque), elle fut prise d'accès éclamptiques. Il s'écoula entre le 1er accès et la mort, 4 jours et 9 heures 1/2. 1er jour, 2 accès; 2e jour, 3 accès; 3e jour, 6 accès ; 4e jour et jusqu'à la mort plus de convulsions. Le traitement consista en : régime lacté, sangsues aux apophyses mastoïdes, lavements au sulfate de soude, inhalations de chloroforme, lavements de chloral et de chlo-

roforme, une saignée abondante, puis, *l'administration du chloroforme d'une façon continue, à petite dose, augmentant la ration lorsqu'un accès semblait devoir se produire.* A partir du 4ᵉ jour, les convulsions ayant cessé, on diminua la quantité de chloroforme. La conscience revint, mais, peu à peu, la situation s'aggrava et la femme mourut dans le collapsus. C'est à peine s'il s'était produit, durant ce long intervalle de près de 5 jours, un léger effacement du col. Mais il était survenu une distension gazeuse du ventre et le fœtus avait succombé plusieurs heures avant la mort de la mère.

Discussion : GUÉNIOT insiste sur la manière dont on doit user des anesthésiques. Ce qu'il importe d'obtenir, c'est le *sommeil continu*. Et pour le produire, il donne la préférence au chloral, employé sous forme de lavement, ou en cas d'impossibilité, au chloral administré par la voie gastrique. S'il échoue de cette façon, il a recours aux inhalations de chloroforme. BUDIN n'oserait pas affirmer que l'administration continue du chloroforme à une femme dont les reins sont malades, dont le foie n'est peut-être pas indemne, est exempte de tous dangers. Ne risque-t-on pas de surajouter à l'intoxication qui existe déjà une intoxication thérapeutique ? A son avis, le meilleur mode d'administration du chloroforme consiste à le donner au moment où les accès menacent pour les faire avorter, sans prolonger pendant des heures cette médication.

2) **Double thrombus au niveau de l'orifice hymænéo-vaginal, chez une primipare, au 7ᵉ mois de la grossesse.** — Ce cas, relatif à une femme de 21 ans, primipare, est intéressant, car il a pu induire en erreur deux médecins. Vers 7 mois de grossesse, après avoir fait sa toilette habituelle avec une éponge, cette femme eut une hémorrhagie vaginale. La perte de sang se renouvela le même jour 2 fois, une première fois après la défecation, la seconde fois après la miction, hémorrhagies assez abondantes. Les deux médecins pensèrent qu'il s'agissait d'une insertion vicieuse du placenta. Or, l'auteur constata aisément que le foyer de ces hémorrhagies était un thrombus situé au niveau de l'orifice hymænéo-vaginal. La partie droite de la tumeur se trouvait en avant de l'hymen dilacéré, la partie gauche en arrière. *Traitement :* Repos absolu au lit pendant quelques jours, privation de coït. Accouchement à terme, normal. Pas d'augmentation de la tumeur sous l'influence du travail.

3) **Inversion utérine de la délivrance ; réduction au 8e jour, guérison.** — L'intérêt de cette observation réside dans la technique opératoire suivie par l'auteur. Quant à l'étiologie, elle est banale. Immédiatement après la sortie de l'enfant, tractions énergiques exercées sur le cordon par la sage-femme.

Technique opératoire : « La femme étant complètement anesthésiée, j'introduisis la main gauche tout entière dans le vagin, et pendant qu'avec les doigts recourbés de la main droite, j'exerçais une pression excentrique sur les parois de la cupule, je tentai avec la paume de la main gauche, qui embrassait le fond de l'utérus, de réduire ce dernier en exerçant une pression méthodique de bas en haut et d'arrière en avant, dans le sens de l'axe de l'utérus et de l'axe du bassin.

Je n'obtins rien. Je m'efforçai alors, maintenant, abaissant et écartant autant que possible avec les doigts abdominaux la cupule constituée par l'invagination de l'utérus, de réduire la tumeur vaginale en pratiquant, avec l'extrémité des doigts, une sorte de taxis toujours dans le sens des axes — au niveau de l'étranglement — pour faire rentrer les premières, les parties renversées les dernières. Je remarquai, à un moment, que le taxis semblait me donner quelque chose au niveau de la partie antérieure de l'étranglement, tandis qu'il était inefficace partout ailleurs. Je dirigeais mes efforts de ce côté et j'eus la satisfaction de constater que je réduisais un peu. Je continuai et bientôt je sentis que l'anneau formé par l'extrémité inférieure du col s'allongeait, qu'il coiffait de plus en plus l'extrémité de mes doigts. J'eus la notion que ce n'était plus qu'une affaire de temps et que la partie était gagnée.

En effet, je réduisis peu à peu la tumeur, mon taxis portant graduellement sur des parties plus voisines du fond de l'organe, tandis que la face dorsale de mes doigts était de plus en plus recouverte par le col et le corps de l'utérus restitués dans leur situation normale. Enfin, le fond de l'utérus faisant encore saillie, je le réduisis complètement. Pendant tout ce temps, la main abdominale n'avait cessé de maintenir l'organe pour empêcher tout tiraillement ou déchirure des ligaments ou des attaches vaginales. — Suites opératoires parfaites, sauf les deux premiers jours, où la température s'éleva à 40° et à 38°,5. Résultat opératoire parfait et définitif.

4) L'auteur cite un cas de **suppression de la fonction menstruelle pendant toute la durée d'un allaitement de 30 mois.**

VERRIER, dans un **Rapport sur la gynécologie au congrès de Limoges,** insiste plus particulièrement sur la transfusion, dont il attribue le discrédit aux défectuosités des divers appareils employés. Faite avec un appareil, simple, analogue par exemple à celui qu'il a imaginé, et dont il décrit le dispositif, l'opération serait avantageuse, et très supérieure aux injections chlorurées sodiques qu'on a voulu lui substituer.

Discussion : PORAK a pratiqué deux fois la transfusion chez des accouchées qui venaient de perdre des quantités considérables de sang. L'une de ces femmes fut emportée par la septicémie, par suite, ce cas ne laissa tirer aucune conclusion quant à la transfusion. Chez l'autre, qui présentait les signes d'une anémie profonde, la transfusion prévint une mort imminente. Néanmoins, l'anémie persista, et il était question de pratiquer de nouveau la transfusion, quant la malade, vingt jours après l'accouchement, succomba un matin comme elle se retournait dans son lit. Enfin, chez une 3e malade, qui avait perdu beaucoup de sang au cours d'une délivrance laborieuse, Porak eut recours à l'injection intraveineuse de 300 gr. de solution chlorurée sodique à 4,5 pour 1000. Les accidents s'amendèrent, et quinze jours plus tard, la femme quittait l'hôpital en parfaite santé. JOUIN a vu faire à l'hôpital St-Louis, 3 transfusions qui ont fourni 4 décès ! L'un des donneurs de sang a succombé, ainsi que les 3 transfusés. GUÉNIOT recommande l'élévation et la striction des membres au moyen de la bande d'Esmark.

R. L.

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

Discussion sur le traitement de l'endométrite (suite) (1).

WALTON s'élève énergiquement contre les cautérisations, en particulier contre le chlorure de zinc « qui n'est point une nouveauté, mais plutôt une triste résurrection ». Il donne à l'appui de son dire deux observations d'atrésie complète du col, consécutives à des applications de pâte de Canquoin. Le principe, qui doit dominer la thérapeutique de l'endométrite, est de *drainer la cavite*

(1) Voir *Annales*, mai 1890, p. 385.

utérine et la maintenir perméable et aseptique. « Le procédé Polaillon-Dumontpallier n'est pas un progrès ; c'est la négation de toute gynécologie saine et raisonnée ; c'est un redoutable pas en arrière. »

C. Jacobs, dans les endométrites récentes *du corps* s'est bien trouvé de l'application de crayons au salol, au bichlorure de mercure, à l'iodoforme,des injections de glycérine iodoformée ; dans les cas anciens les meilleurs résultats qu'il a obtenus, l'ont été par le curettage, avec ou sans écouvillonnage, suivi ou non de cautérisations légères. 10 cas traités suivant la méthode de Dumontpallier ont donné 10 insuccès.

Bock prend la défense du traitement Dumontpallier ; les deux malades, dont vient de parler M. Walton, avaient exigé leur sortie et avaient cessé tout traitement immédiatement après la cautérisation. La régénération de la muqueuse après les cautérisations se fait comme après le curettage , les coupes histologiques et le retour régulier des menstruations le démontrent. Il faut seulement veiller à dilater suffisamment le col avant et après la cautérisation.

E. Fraipont a coutume de dilater l'utérus avec une laminaire iodoformée ; il complète la dilatation avec les bougies d'Hégar, fait le curettage avec une grosse curette pour les faces et le fond, une petite pour les bords et les angles, puis enlève les débris incomplètement détachés avec un porte-caustique garni d'ouate ; avec un autre, il passe dans la matrice de la glycérine créosotée au tiers et tamponne ensuite avec de la gaze iodoformée. Le traitement consécutif consiste en lavages intra-utérins antiseptiques et à partir du 6e jour, en applications de teinture d'iode pure. Les cautérisations ont l'inconvénient ou d'être trop intenses ou d'être très faibles suivant les cas, étant donné qu'il est impossible de déterminer au préalable l'épaisseur exacte de la muqueuse malade. La cautérisation est toutefois utile, après curettage, dans les cas d'adénome malin ou de commencement de dégénérescence carcinomateuse.

Tournay trouve la méthode de Dumontpallier impuissante ; de plus, elle est douloureuse dans son application. Il se sert volontiers d'applications astringentes ou de caustiques liquides, réservant le curettage aux endométrites catarrhales et purulentes tenaces, aux endométrites hémorrhagiques, à certaines endométrites dysménorrhéiques et aux endométrites malignes quand l'hystérectomie n'est pas praticable.

SCHREVENS. **Hygiène de la grossesse.** — Chez une femme enceinte pour la 3e fois, et dont les 2 premiers accouchements s'étaient terminés par des présentations de l'épaule avec extraction, après version, d'enfants bien constitués, mais morts, Schrevens constata au 7e mois que la matrice se trouvait en obliquité droite, qu'elle était molle, flasque, indolente, que le siège du fœtus occupait le fond de l'utérus et que l'extrémité céphalique était dirigée vers le col. Il était évident que le siège n'étant pas soutenu et maintenu par les parois de l'utérus, devait naturellement retomber lentement et progressivemeut vers le flanc droit et que l'extrémité céphalique devait glisser vers la gauche en s'écartant de plus en plus de l'axe du détroit supérieur. Pour empêcher les conséquences de la flaccidité de la matrice, Schrevens eut recours à la ceinture eutocique de Pinard. La présentation, tout d'abord inclinée, irrégulière de l'extrémité céphalique, se régularisa et se transforma finalement en une présentation franche du sommet.

KUFFERATH. **Nouveau procédé d'hystérectomie vaginale.** — Dans un cas de cancer de la lèvre postérieure du col ayant envahi le cul-de-sac vaginal, Kufferath eut recours à l'opération suivante : L'incision part du bord latéral droit du sacrum, à 2 ou 3 centim. au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne, elle suit le bord droit du coccyx et est dirigée sur la ligne médiane vers l'anus. Arrivée à 1 centim. 1/2 de cet orifice, elle le contourne du côté droit à 1 centim. 1/2 et revient en avant sur la ligne médiane, de là elle est continuée jusqu'au milieu de la commissure postérieure de la vulve, section du grand fessier à ses attaches au sacrum et au coccyx, section des ligaments sacro-sciatiques ; décollement de la cloison recto-vaginale, section du vagin de bas en haut sur la ligne médiane, incision du releveur, ouverture du cul-de-sac péritonéal. Ablation de l'utérus après bascule du fond dans la plaie. Suture du vagin. La malade est morte d'urémie le 15e jour ; un des uretères avait été pincé au cours de l'opération.

PONCELET. **Opération de Porro.** — Le bassin de la femme scoliotique mesurait, d'avant en arrière, 5 centim. 1/2. Une première grossesse se termina par l'extraction d'un enfant à l'aide du forceps scie de Van Huevel ; le crâne avait été scié de la base du front à la 2e vertèbre cervicale. Une deuxième grossesse fut terminée à 5 mois par un accouchement provoqué et l'extraction par version d'un fœtus. A une troisième grossesse, la malade demanda à avoir un enfant vivant et à ne plus redevenir enceinte. L'opération de Porro faite à terme, après une hémorrhagie utérine et un affaiblissement

considérable des bruits du cœur de l'enfant permit d'obtenir à la fois, l'extraction d'un nouveau-né actuellement bien portant, la guérison de la mère et une stérilité définitive.

PONCELET. **Nouveau débrideur du col dans les cas de non dilatation pendant le travail.** — C'est une sorte de bistouri boutonné que l'on dégaine une fois mis en position.

DELÉTREZ **Quelques particularités observées dans des laparotomies.** — 1° Prolapsus utérin chez une femme de 52 ans, *hystéropexie d'après le procédé Terrier;* résultat parfait maintenu 6 mois après; 2° *kyste dermoïde de l'ovaire droit;* 3° *hystérectomie abdominale avec ligature élastique perdue* d'après le procédé d'Olshausen, dans un cas de fibrome interstitiel. Élimination de la ligature par le vagin; 4° *hystérectomie abdominale dans un cas de grossesse compliquée de fibromes multiples.* Du 9e au 15e jour vomissements fécaloïdes, état général alarmant puis guérison.

F. FRAIPONT. **De l'hystéropexie abdominale dans le traitement de certaines formes de rétroversion utérine.** — Après un court historique dans lequel l'auteur, en digne élève de von Winiwarter, ne mentionne que des noms allemands, viennent six observations d'hystéropexie, toutes suivies de guérison. Dans un cas, 6 mois après l'opération, une malade commençait une grossesse qu'elle menait régulièrement à terme; pas de récidive de la rétroversion après l'accouchement. Dans un autre, 5 mois après l'opération, début d'une grossesse qui se termina avant terme par la mise au jour d'un enfant qu'on a pu élever. Pas de récidive de la rétro-déviation.

FRAIPONT se déclare partisan de l'hystéropexie dans les rétrodéviation graves qui s'accompagnent de douleurs parfois intolérables et de troubles fonctionnels ne cédant à aucun traitement; elle seule permet de détacher les adhérences, de se rendre exactement compte de l'état des annexes et de les extirper si c'est nécessaire.

C. JACOBS a pratiqué 6 fois l'hystéropexie abdominale (5 rétrodéviations douloureuses et adhérentes, 1 prolapsus complet), toujours le résultat a été excellent. Dans les cas de prolapsus, il est utile de faire précéder l'hystéropexie d'opérations anaplastiques vaginales et périnéales.

LAUWERS a eu recours, dans 3 cas de prolapsus, à l'hystéropexie, guérison dans les 3 cas.

P. ROCHET. **Un cas d'ectopie de la rate.** — On avait cru à une inflammation suppurée des annexes de l'utérus. En réalité il s'agis-

sait d'une rate hypertrophiée, ramollie, couchée sur le psoas qu'elle débordait en dedans pour tomber dans le petit bassin, les symptômes d'hecticité qu'on croyait dûs à la résorption purulente d'une collection tubaire étaient produits par une poussée de tuberculose pulmonaire qui emporta la malade 3 semaines après la laparotomie.

H. H.

REVUE ANALYTIQUE

FIBROMES UTÉRINS

A. MARTIN. **Sur les opérations des myômes** (Ueber Myomoperationen). *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft 1, p. 1.

Le traitement des myômes s'est orienté dans deux directions : a) traitement *médical et électrique ;* b) traitement *chirurgical.*

Encore aujourd'hui, sous l'impulsion d'Hildebrant, on cherche à combattre, à arrêter dans leur développement les myômes à l'aide de l'*ergotine*. Et, dans les cas où cette méthode thérapeutique est inapplicable, bon nombre de médecins se rallient avec empressement à la méthode préconisée par Apostoli et par ses disciples : combattre par l'*électrolyse* ces sortes de néoplasme. D'autre part, les efforts tendent à attaquer les myomes par des *procédés chirurgicaux.*

I.

A) *Ergotine.* — L'auteur *n'a jamais constaté une guérison formelle d'un myôme par l'ergotine.* — Toutes les grosses tumeurs qu'il a dû opérer, avaient été déjà traitées, ailleurs, sans succès avec ce médicament. Il ne proscrit pas en principe cette thérapeutique dans les cas qui n'ont encore été l'objet d'aucun traitement. Mais, il conseille de n'en point abuser et d'y renoncer si les douleurs ne cessent pas promptement.

B) *Traitement électrique des myômes.* — L'auteur base son appréciation touchant la valeur de cette thérapeutique sur l'examen de 12 cas, dont 10 traités par lui, 2 traités ailleurs, l'un a Paris. Pour les 10 premiers, on a introduit une des électrodes dans l'utérus, et l'intensité du courant a été portée jusqu'à 100 milliampères.

Plusieurs de ces malades ont subi 50 séances d'électrolyse. En quelques cas de myômes de petit volume, de la grosseur d'un œuf

de poule à celle du poing, on a nettement constaté la diminution progressive des hémorrhagies, et un arrêt dans l'accroissement de la tumeur, mais *jamais* une diminution réelle, ni même une atrophie quelconque du néoplasme. Chez une malade, il survint une modification de l'utérus, par suite de l'expulsion, sous forme de petits polypes, de nodules myômateux. Débarrassée de ces polypes par Orthmann, cette femme fut emportée par une embolie qui survint lors de sa sortie de l'hôpital, alors qu'elle était levée depuis 12 jours déjà, après des suites opératoires tout à fait régulières. 2 malades, après avoir subi le traitement électrique pendant un certain temps, furent amenées, à cause de l'exacerbation des douleurs après chaque séance, à réclamer l'opération, dont l'une d'elles avait cependant une grande frayeur. La dame traitée à Paris (pas par Apostoli, ni par aucun de ses assistants) avait subi 50 séances d'électrolyse, et de nombreuses injections d'ergotine, associées au traitement électrique parce que celui-ci, qui s'était montré utile contre les hémorrhagies, n'avait par contre exercé aucune action favorable sur le développement de la tumeur.

Ce traitement fut traversé par plusieurs poussées de péritonite et il arriva un moment où la dame, réduite à un état d'épuisement profond, comprit qu'il ne lui restait qu'une seule chance de salut : l'opération. Le ventre ouvert, on constata des adhérences extrêmement étendues de la tumeur avec l'intestin, l'épiploon, le mésentère et tous les organes pelviens.

La tumeur qui pesait 17 livres, était sur plusieurs points en voie de dégénérescence sarcomateuse, son extirpation s'accompagna d'une perte de sang assez considérable pour créer un état d'anémie aiguë, dont on eut momentanément raison par la transfusion d'un litre de solution de sel marin a 1/2 p. 0/0. L'opérée succomba néanmoins 36 heures plus tard dans le collapsus.

Au résumé, bien que ne condamnant pas d'une façon formelle le traitement électrique des myômes, en considération des publications nombreuses parues en sa faveur (Th. Keith, etc.), Martin conseille d'y recourir avec la plus grande circonspection. Il fait remarquer que jusqu'à présent il n'a pas encore reçu une sanction véritablement scientifique, et qu'il reste encore à découvrir son mode d'action. Il signale, d'autre part, la fréquence des erreurs de diagnostic, erreurs ensuite desquelles on a maintes fois entrepris et on entreprend encore le traitement *de myomes qui n'existent pas*. Les constatations faites au cours de laparotomies pratiquées

sur des femmes, traitées d'ailleurs depuis longtemps pour de prétendus myômes utérins, ont mis ces faits hors de discussion.

II

Quels que puissent être les résultats fournis par le traitement médical et par le traitement électrique, il restera toujours un nombre assez élevé de cas qui ne seront justiciables que de l'opération. Au début, Martin ne visait qu'à la suppression du myôme sans se préoccuper de la préservation de l'intégrité du canal génital, de la conservation de la fonction de l'organe. Ultérieurement, il a de plus en plus circonscrit son intervention à la suppression de la tumeur, et déduit, de la considération des conditions spéciales à chaque cas, le mode d'intervention qui lui paraissait assurer au maximum une guérison rapide, et laisser en même temps le plus d'espoir quant à la conservation de la fonction dévolue à la femme. Il range les diverses opérations des myômes dans l'ordre suivant : 1° *énucléation par le vagin ;* 2° *extirpation de l'utérus par le vagin ;* 3° *ablation de tumeurs sous-séreuses pédiculées ou énucléation après laparotomie ;* 4° *extirpation de l'utérus avec tout l'appareil génital.*

Quant à la *castration,* contrairement à Leopold, Martin n'y a plus recours. Parce que, d'une part, il a vu, chez des femmes auxquelles il avait enlevé les ovaires pour combattre des myômes aussi bien que chez d'autres où cette extirpation avait eu pour indication exclusive, un état pathologique des ovaires, des hémorrhagies survenues après la castration, et que, d'autre part, il a observé d'autres sujets chez lesquels les myômes ne s'étaient mis à grossir, à provoquer des accidents de la plus haute gravité qu'après, précisément, la ménopause naturelle. D'ailleurs, il considère comme plus rationnel de s'en prendre au corps du délit lui-même (*materia peccans*), prétention qui lui paraît réalisable.

1. *Enucléation par le vagin.*

Une condition nécessaire pour l'énucléation par le vagin, c'est que *la tumeur soit facilement accessible* (elle peut, par exemple, l'être devenue sous l'influence des efforts de l'utérus lui-même pour l'expulser), *ou qu'il soit aisé de la rendre accessible.* Les dimensions du néoplasme sont aussi d'une grande importance. Quand elles sont volumineuses, leur extirpation peut se compliquer de déchirures étendues, de lésions du péritoine, de la vessie, etc. Ceux qui entraînent les plus grands risques, sont ceux déjà,

en partie, expulsés dans le vagin, qui, au niveau du col, sont soumis à une constriction énergique, et qui ont subi un commencement de putréfaction. Sur 31 énucléations, Martin a eu 6 décès; 3 femmes sont mortes avec des signes d'anémie, 2 d'entre elles avaient subi des lésions du péritoine; les 3 autres ont été tuées par la septicémie.

En ce qui concerne *l'énucléation d'un myome intra-pariétal*, son exécution exige les conditions suivantes : *dimensions modérées, progression en bas suffisante pour que la tumeur soit facilement accessible, col suffisamment perméable ou possibilité de le rendre tel facilement.* D'accord avec Léopold, Martin estime qu'il ne faut prétendre à enlever par cette voie que les myomes dont le volume ne dépasse pas celui d'une tête d'enfant.

2. *Extirpation de l'utérus myomateux par le vagin.*

Cette opération paraît indiquée dans les cas où l'utérus, parsemé d'un grand nombre de nodules myomatenx (Myomkeimen), présente une petitesse relative et offre un accès facile au chirurgien.

Toutes les fois que Martin a pratiqué cette extirpation totale de la matrice par le vagin, on avait, antérieurement, essayé par d'autres moyens et autant qu'il était possible, d'amener l'atrophie de l'utérus et de rendre les myomes inoffensifs. L'opération fut faite 9 fois. Ses indications ont été étudiées dans un autre travail.

3. *Excision ou énucléation de l'utérus myomateux après laparotomie*

Le plus grand nombre des myômes qui réclament surtout une intervention chirurgicale, ne sont abordables que par la laparotomie. Pour ce qui qui a trait au mode opératoire à adopter, une fois le ventre ouvert, il faut tenir principalement compte du *siège de la tumeur.* Lorsqu'il s'agit d'une tumeur pédiculée, insérée sur l'utérus, tout le monde accordera que le mieux est de lier et de sectionner le pédicule. Mais, ce n'est point seulement dans le cas de ces tumeurs que Martin se propose de n'enlever que le tissu malade, et de conserver tout le restant du canal génital; il poursuit le même but, contrairement à ce qu'il faisait dans ses premières interventions, quand il s'agit de myômes intrapariétaux : *conservation d'ovaires et d'un utérus, capables d'accomplir leurs fonctions naturelles.*

On a objecté contre cette sorte de *procédé conservateur, que son pronostic paraissait assez incertain*, et qu'il ne donnait pas des résultats notablement supérieurs. On a fait ensuite ressortir *qu'il n'empêchait pas le développement de nouveaux germes de myômes, et l'on a attribué si peu d'importance à la conservation des fonctions d'un appareil génital myomateux qu'on est allé jusqu'à tenir la persistance de la menstruation pour une chose plutôt fâcheuse.* Enfin, l'on a considéré l'apparition d'une grossesse en semblables conditions, comme une éventualité des plus douteuses.

En bloc, Martin a fait 96 fois l'énucléation, d'après ces principes. Mais, tous ces cas ne sont pas comparables ; car, 24 fois l'énucléation se compliqua de l'ouverture de la cavité utérine : 8 de ces femmes moururent, 33 p. 0/0. 72 fois, cette complication ne se produisit pas, et il n'y eut que 10 morts, 14 p. 0/0 environ.

Cette distinction ne suffit pas, d'ailleurs, à donner une idée exacte de la valeur de l'énucléation. Parce que, d'une part, plusieurs de ces opérations datent de la période préantiseptique, et que, d'autre part, parmi les 72 derniers cas, il en est dans lesquels l'opération fut faite sur des utérus gravides. De ces femmes, 2 succombèrent à la suite de l'expulsion de l'œuf, qui se fit à la fin de la 1re semaine après l'opération, tuées par des hémorrhagies par atonie de l'utérus. Une autre femme mourut d'une néphrite calculeuse, bilatérale, suppurée, et il fut constaté, à la nécropsie, que la plaie utérine était absolument normale. Une 4e avait déjà de la fièvre avant l'opération, et l'opération avait précisément pour but la suppression du myôme putréfié, point de départ des phénomènes de pyrexie.

Des 6 autres, 2 femmes furent emportées par des hémorrhagies secondaires qui se firent dans le lit ancien de la tumeur, 2 autres par des accidents septicémiques, les 2 dernières par des accidents d'anémie chronique. *Malgré cette mortalité, Martin se croit en droit de revendiquer pour l'énucléation un pronostic plus favorable que pour l'intervention radicale.*

Il n'est pas indispensable pour l'exécution de l'énucléation, qu'il s'agisse d'une masse unique. Dans plusieurs cas, l'auteur a énucléé plusieurs fibromes, ce qui n'a pas empêché les opérées de guérir et l'utérus de revenir parfaitement sur lui-même. Toutefois, *les limites naturelles à l'énucléation sont la multiplicité des tumeurs et l'étendue de la dégénérescence du restant du tissu utérin.* En ce qui concerne la *possibilité du développement de*

nouvelles tumeurs, après l'énucléation, elle n'est pas contestable. Mais, cette éventualité semble devoir être fort rare, puisque, sur 96 cas, l'auteur ne l'a constatée que 2 fois. Quant à la *persistance des règles* considérée par quelques chirurgiens comme un désavantage réel, *s'il est quelques femmes qui ont de ce fait vu réapparaître leurs douleurs, par contre, la très grande majorité en ont ressenti un extraordinaire bien-être*. Enfin, au sujet de la possibilité d'une grossesse, Martin n'a, sur l'ensemble de 10 survivantes, qu'un seul cas à fournir. Mais, à ce cas, s'en ajoutent 2 autres : un observé par Hégar (grossesse survenue après une myômotomie, et terminée par la naissance d'un enfant vivant, mais insuffisamment développé), l'autre, communiqué par Krönlein au congrès de chirurgie de Berlin, 1890 (cas, non seulement de grossesse mais d'accouchement à terme, chez une femme myômotomisée). *On ne doit, surtout chez les jeunes femmes, n'enlever le corps de l'utérus à cause de tumeurs myomateuses, que s'il paraît absolument impossible de conserver une portion de l'organe en état de remplir la fonction naturelle de la matrice.*

4. — *Extirpation de l'utérus après laparotomie.*

Quand il y a impossibilité à conserver une portion de l'utérus, susceptible d'accomplir la fonction naturelle de l'organe, il n'y a plus réellement qu'à enlever *la tumeur et la matrice*. Martin pratiqua en tout 135 extirpations supra-vaginales de l'utérus myômateux, après laparotomie. Au début, il perdit ses 6 premières opérées. Mais, le pronostic commença à s'améliorer dès qu'au traitement extra-péritonéal, il substitua l'abandon du pédicule. Ultérieurement, le drainage par le cul-de-sac de Douglas et le vagin vint encore diminuer la gravité de l'opération. Néanmoins, il perdit sur l'ensemble 46 femmes, mortalité encore élevée.

Si minutieux que furent les soins qu'il apporta à la confection du pédicule, abandonné, il eut trois principales sortes d'accidents à observer : des *hémorrhagies secondaires* ; des *accidents infectieux*, ayant pour point de départ la cavité cervicale en dépit de tous les soins dont elle était l'objet, des *accidents en rapport avec l'élimination des fils* employés au niveau du pédicule. Aussi, Martin en arriva-t-il à la règle de conduite suivante :

Toutes les fois qu'il y a impossibilité à conserver le corps de l'utérus, enlever tout l'organe, et spécialement le col, dans lequel réside la cause de toutes les difficultés dans l'exécution

de l'opération, et de tous les obstacles à la guérison. Une plaie régulière intéressant les culs-de-sacs vaginaux et le plancher pelvien crée ici les mêmes conditions que dans l'extirpation totale de l'utérus par le vagin. De cette manière, on met court à la question de savoir s'il vaut mieux adopter la méthode extra- ou intra-péritonéale du pédicule, et, de plus, on rend, même pour ces cas particulièrement graves, le pronostic plus assuré. Depuis l'année 1888, il régla son intervention sur les considérations précédentes. Ouverture du ventre, application sur le col d'un lien constricteur, excision supra-vaginale de la tumeur, saisie et constriction du pédicule à l'aide de deux fils de soie très forts, ligature des ligaments larges, enlèvement du lien élastique, fermeture de l'abdomen. Puis, la femme étant placée dans le décubitus dorso-sacré, ablation du col par le vagin. Plus tard, Martin reconnut qu'il n'était pas indispensable d'intervenir par le vagin, il adopta désormais la technique opératoire suivante : *Laparotomie, attraction en dehors de la tumeur, constriction du col, ligature des ligaments larges, excision de la grosse masse de la tumeur, ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur* (le doigt d'un aide, introduit dans le vagin, facilite beaucoup cette incision). La lèvre postérieure de l'incision, saisie dans une pince, est écarté vers l'espace de Douglas et l'on introduit par le vagin, à travers l'ouverture du cul-de-sac, une sonde, destinée à servir de guide. *Suture du cul-de-sac au péritoine*, sous le contrôle d'un doigt introduit d'en haut, dans le cul-de-sac vaginal. 2 à 3 sutures sont suffisantes pour la ligature des culs-de-sac latéraux, 2 à 3 pour le cul-de-sac antérieur. *Séparation du col de ses attaches antérieures et latérales. Rétrécissement de la fente dans le plancher pelvien par la suture continuée au catgut, drainage vaginal. Fermeture de la plaie abdominale.* Martin relate ensuite 30 opérations faites suivant cette technique, présente un tableau synoptique qui met en relief les principaux traits de chaque cas, et termine par une étude analytique de certains points de sa méthode et de ses observations. Sur ces 30 opérations, il a eu 8 décès, mais, un seul cas de septicémie ; un cas de mort par embolie, 3 par anémie profonde préexistante à l'opération, 2 par paralysie intestinale, 1 seul par hémorrhagie secondaire.

R. L.

Le gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XXXIV

Juillet à Décembre 1890

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XXXIV

Juillet à Décembre 1890

MÉMOIRES ORIGINAUX

